



Rapport

Ontwikkeling algemene indicatoren

Transparantie kwaliteit van medisch-
specialistische zorg

januari 2016



Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Aanleiding	9
1.1 Het belang van transparantie van kwaliteit	9
1.2 Totstandkoming rapport	10
2. Verschillende instrumenten om transparantie van kwaliteit te bevorderen	13
2.1 De NZa; Transparantieregels en Datamodellen	13
2.2 Zorginstituut Nederland; Transparantiekalender en Meerjarenagenda	13
2.3 Getrapte transparantie	14
3. Algemene kwaliteitsindicatoren en hun doel	15
3.1 Onderzochte kwaliteitsindicatoren	15
3.2 Het doel van kwaliteitsindicatoren	17
4. Landelijke administratieve database	19
5. Bevorderen doorontwikkeling en beschikbaarheid via de Transparantiekalender	21
5.1 Beschikbaarheid en doorontwikkeling	21
5.2 Route Transparantiekalender	21
5.2.1 Voorwaarden	22
Bijlagen	25



Vooraf

In de huidige discussie over indicatoren gaat veel aandacht naar de balans tussen de opbrengsten van indicatoren en de administratieve lasten. Er zijn al veel indicatoren die iets zeggen over een bepaald aspect van kwaliteit bij specifieke aandoeningen, maar nog weinig indicatoren die bruikbaar zijn om een algemeen beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg bij een zorg-aanbieder. Toch wordt het belang en de mogelijkheden van dergelijke indicatoren breed gedragen door alle partijen.

De NZa en Zorginstituut Nederland moedigen de ontwikkeling en ontsluiting van deze algemene kwaliteitsindicatoren aan, zodat zorgverleners, patiënten en zorginkopers deze kunnen gebruiken. Om het gesprek aan te gaan en van elkaar te leren, maar vooral voor patiënten om ziekenhuizen te kunnen vergelijken. Goede kwaliteitsindicatoren zijn voor het beantwoorden van dergelijke vragen van groot belang. Natuurlijk blijft het hierbij zoeken naar een voor iedereen acceptabele balans tussen investeringen en opbrengsten.

Met dit rapport willen wij de aandacht vestigen op algemene indicatoren zoals onverwacht lange opnameduur, ongeplande heropnamen, ongeplande heroperaties en vermijdbare sterfte. Deze indicatoren kunnen in potentie zorgen voor meer inzicht in de kwaliteit van zorg, zonder toename van administratieve lasten, omdat ze bruikbaar zijn over meerdere aandoeningen heen en gebaseerd kunnen worden op bestaande databases. Om de toepassing van deze indicatoren te bevorderen, stellen wij in dit rapport een route voor waarbinnen partijen zelf besluiten kunnen nemen over de (door)ontwikkeling en eventuele invoering van deze kwaliteitsindicatoren. Nader onderzoek kan daarbij behulpzaam zijn.

Dit rapport volgt op een consultatieronde die de NZa en Zorginstituut Nederland hebben gehouden over de ontwikkeling van algemene kwaliteitsindicatoren zoals heroperaties en heropnamen als indicatoren voor kwaliteit. De aanleiding voor deze consultatie was een onderzoek dat concludeerde dat deze indicatoren veelbelovende indicatoren van kwaliteit van zorg zijn en ook in Nederland geïmplementeerd kunnen worden. Bij de consultatie hebben alle belanghebbenden en geïnteresseerde partijen hierover hun input kunnen geven. De consultatie focuste verder op de route waarop deze kwaliteitsindicatoren (door)ontwikkeld zouden moeten worden. De reacties op de consultatievragen die voorlagen in de consultatieronde zijn in de bijlage opgenomen.

Met dit rapport brengen wij de potentie van algemene indicatoren voor het voetlicht en wat partijen bij de bevordering van hun toepassingen kunnen verwachten van de NZa en Zorginstituut Nederland.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

Zorginstituut Nederland,

Marian Kaljouw
voorzitter raad van bestuur

Arnold Moerkamp
voorzitter raad van bestuur



Managementsamenvatting

Zorginstituut Nederland en de NZa willen de ontwikkeling van ziekte-overstijgende kwaliteitsindicatoren aansporen. Voorgaand onderzoek (onder leiding van Prof. dr. N.S. Klazinga, AMC) leidde tot de conclusie dat indicatoren als ligduur en het aantal heropnamen en heroperaties veelbelovende indicatoren van kwaliteit van zorg zijn en ook in Nederland implementeerbaar zijn. Deze conclusie en de resultaten van het onderzoek zijn vervolgens door Zorginstituut Nederland en de NZa breed getoetst in een consultatie waar zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere belanghebbenden en geïnteresseerde partijen aan hebben deelgenomen. Hieruit kwam een groot draagvlak naar voren voor de conclusie van dit onderzoek en de doorontwikkeling van de ziekte-overstijgende kwaliteitsindicatoren op basis van de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ).

Dit rapport geeft aan welke rol Zorginstituut Nederland en de NZa willen spelen in de (verdere) ontwikkeling en implementatie van algemene ziekte-overstijgende kwaliteitsindicatoren en wat zij verwachten van andere partijen. Zorginstituut Nederland wil hiervoor de zogeheten *Transparantiekalender* inzetten. Deze route beoogt versnelde opname op de *Transparantiekalender* van algemene, ziekte-overstijgende kwaliteitsindicatoren.

De route *Transparantiekalender* beslaat drie achtereenvolgende stappen.

- Stap 1. Als eerste *Prioritering*; de bestuurlijke partijen in de medisch-specialistische zorg schatten in aan welke ziekte-overstijgende kwaliteitsindicatoren de meeste behoefte bestaat en wat er nodig is voor versnelde opname op de *Transparantiekalender*.
- Stap 2. Voor de geprioriteerde algemene kwaliteitsindicatoren wordt vervolgens met betrokken partijen een *Ontwikkeltraject* vastgesteld. Dit *Ontwikkeltraject* omvat naast een omschrijving van aanvullend onderzoek, ook een tijdsplanning. Verder omschrijft het de taken en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen bij het onderzoek en de daarop gebaseerde vervolgsenario's. Dit betreft onder meer de tripartite aanlevering aan het register.
- Stap 3. Het ontwikkeltraject eindigt bij *Plaatsing* op de *Transparantiekalender* van de geprioriteerde indicatoren.

Zorginstituut Nederland en NZa beschouwen de afspraken zoals die in het *Ontwikkeltraject* zijn vastgelegd als bindend. Mocht de plaatsing op de *Transparantiekalender* stagneren, dan zal Zorginstituut Nederland overwegen het onderwerp op de Meerjarenagenda te plaatsen en eventueel doorzettingsmacht aan wenden. Mocht het schorten in de naleving van de rapportageverplichting die ontstaat na plaatsing op de *Transparantiekalender*, dan kan de NZa handhaven.



1. Aanleiding

1.1 Het belang van transparantie van kwaliteit

“Als een knieoperatie in één keer slaagt is dat van grote waarde voor de patiënt, maar ook voor de samenleving. Een hersteloperatie is naar voor de patiënt en bovendien onnodig duur.” (Schippers, 2015)

De bovenstaande quote komt uit de Kamerbrief *Kwaliteit loont* van 6 februari jl. waarin Minister Schippers 2015 tot het jaar van de Transparantie heeft verklaard.

Deze kamerbrief onderstreept het belang van patiënt én samenleving dat de kwaliteit van zorg gemaximaliseerd wordt. Daar wordt door verschillende partijen hard aan gewerkt. Maar hoe worden deze inspanningen zichtbaar? En ook, hoe wordt duidelijk waar de kwaliteit achterblijft bij de verwachtingen?

Om de kwaliteit van zorg te kunnen inschatten moet hij inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Van inzichtelijke kwaliteitsinformatie profiteren alle partijen. Zorgverzekeraars kunnen deze informatie gebruiken om goed in te kunnen kopen en zich te verantwoorden over de kwaliteit van de zorg naar hun verzekerden. Zorgverleners kunnen deze informatie gebruiken om gericht hun zorg te kunnen verbeteren wat weer een belangrijk signaal is voor zowel verzekeraars als de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dat de kwaliteit in orde is. Zorgaanbieders die geen zicht hebben op deze kwaliteitsinformatie kunnen immers ook niet snel ingrijpen wanneer er sprake lijkt te zijn van een afname van kwaliteit en hebben geen referentie om de eigen prestaties aan te spiegelen. En last but not least; patiënten kunnen deze informatie gebruiken om bewust de voor hen beste behandeling en/of behandelaar te kiezen. Omdat alle partijen in de zorg profiteren van inzichtelijke kwaliteitsinformatie is het een publieke taak te zorgen dat deze informatie er komt.

Minister Schippers benadrukt in haar brieven de publieke taak van Zorginstituut Nederland in het aanjagen van de ontsluiting van kwaliteitsinformatie. Zorginstituut Nederland is opgericht om transparantie over kwaliteit van zorg te bevorderen en ervoor te zorgen dat patiënten in voor hen begrijpelijke taal kunnen lezen wat goede zorg is bij hun aandoening of zorgvraag en hoe goed zorgaanbieders die zorg leveren. De visie op transparantie over algemene kwaliteitsindicatoren die Zorginstituut Nederland in dit rapport presenteert is in lijn met de richting die minister Schippers onlangs heeft weergegeven in haar kamerbrieven.

De NZa beschermt de belangen van burgers op het gebied van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg. Dit vereist inzicht in beschikbaarheid, kosten en kwaliteit van de zorg bij alle partijen. De NZa bevordert dit inzicht enerzijds door informatieverplichtingen op te leggen ten behoeve van inkoop door verzekeraars en regulering van tarieven en prestaties. En anderzijds met transparantiebepalingen die zorgaanbieders en

verzekeraars verplicht stellen om informatie beschikbaar te maken voor patiënten of verzekerden.

De NZa ontwikkelt zelf geen indicatoren voor kwaliteit. De afgelopen 10 jaar heeft zij herhaaldelijk geconstateerd dat er te weinig kwaliteitsindicatoren beschikbaar zijn voor patiënten en voor verzekeraars. Dit is een risico voor de inkoop en gaat ten koste van het vertrouwen in het zorgstelsel. Als er geen betrouwbare en duidelijke informatie is over de kwaliteit en veiligheid van de zorg zouden de kosten een te eenzijdige rol kunnen gaan spelen in de inkoop terwijl mogelijk kwaliteitsverlies dan niet kan worden opgemerkt.

Voor de medisch-specialistische zorg is inmiddels een groot aantal ziektespecifieke kwaliteitsindicatoren opgenomen op de Transparantiekalender van Zorginstituut Nederland. De administratieve lasten van registratie zijn echter hoog en het totaal aantal ziektes dat in de medisch-specialistische zorg wordt behandeld, is enorm. Er zijn dus grenzen aan het aantal ziektespecifieke kwaliteitsindicatoren die ziekenhuizen kunnen opleveren en die zinvol bijdragen aan transparantie over kwaliteit. Naast een beperkt aantal ziektespecifieke kwaliteitsindicatoren zou daarom gebruik gemaakt kunnen worden van algemene, ziekte-overstijgende indicatoren.

Er zijn inmiddels vele indicatoren ontwikkeld, maar er worden echter nog nauwelijks ziekte-overstijgende kwaliteitsindicatoren openbaar gemaakt, die bruikbaar zijn om een algemeen beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg bij een zorgaanbieder. De NZa en Zorginstituut Nederland vinden dat dit moet veranderen en er zo snel mogelijk algemene indicatoren van kwaliteit van zorg beschikbaar moeten komen. Deze moeten bij voorkeur beschikbaar komen zonder dat de administratieve lasten worden verzaamd. De NZa en Zorginstituut Nederland zijn verder van mening dat indicatoren die al beschikbaar zijn en bruikbaar zijn als kwaliteitsindicatoren ook beschikbaar moeten komen voor inkoop- en als keuze-informatie (zie ook Getrapte Transparantie in hoofdstuk 2). Wij zetten daarom in op registratie van gegevens aan de bron en op (her)gebruik van bestaande registraties ten behoeve van kwaliteitsinformatie. Daarnaast zien wij als onze publieke taak de volledigheid en kwaliteit van de registraties waaruit deze indicatoren worden afgeleid te bevorderen.

1.2 Totstandkoming rapport

Ter voorbereiding van dit rapport hebben de NZa en Zorginstituut Nederland een consortium van LUMC, AMC en Erasmus MC onder leiding van Prof. dr. N.S. Klazinga laten onderzoeken of algemene indicatoren als heroperaties en heropnamen inderdaad iets zeggen over kwaliteit, en hoe deze berekend kunnen worden. Hierbij is gekeken of de informatie zoals opgenomen het DBC-informatiesysteem (DIS)¹ toereikend is om deze indicatoren te berekenen. Dit gezien het feit dat de NZa en Zorginstituut Nederland het DIS tot hun beschikking hebben. Kort

¹ Het landelijke DBC-informatiesysteem DIS ontvangt en beheert alle informatie over afgesloten DBC-trajecten in de ziekenhuiszorg, ggz en forensische zorg en over trajecten in de basis-ggz. Het bevat gegevens uit de basisregistratie van zorgaanbieders over de geleverde en gedeclareerde zorg. De Nederlandse zorgaanbieders zijn zelf eigenaar van de data. DIS zorgt voor een veilig beheer en voor de wettelijke data-uitleveringen aan vijf publieke afnemers. Na toestemming van de data-eigenaren kan DIS ook informatie leveren aan derden, bijvoorbeeld voor wetenschappelijk onderzoek. De databank bevat geen persoonsgegevens. DIS is bestuurlijk ondergebracht bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).



samengevat liidden de conclusies van dit onderzoek² dat algemene kwaliteitsindicatoren internationaal veel gebruikt worden als indicatoren voor kwaliteit en dat deze indicatoren vaak berekend worden op basis van administratieve data zoals die in het DIS.

Op basis van dit onderzoek concluderen wij dat (ongeplande) heropnamen en heroperaties veelbelovende kwaliteitsindicatoren zijn, die valide, robuust en algemeen toepasbaar zijn en daarom de moeite waard zijn om verder te ontwikkelen. Wij concluderen verder ook dat deze kwaliteitsindicatoren het beste in samenhang met onverwacht lange ligduur en sterftcijfers gezien kunnen worden. Tot slot concluderen wij dat genoemde indicatoren nog niet direct af te leiden zijn uit het DIS. Deze conclusies zijn in een consultatieronde voorgelegd aan partijen en hieruit bleek dat deze conclusies breed gedeeld worden. De inspanningen om het DIS geschikt te maken voor het berekenen van deze kwaliteitsindicatoren zijn tijdens de consultatie afgezet tegen het alternatief om deze te berekenen op de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ).³ De meeste partijen gaven de voorkeur aan doorontwikkeling van de algemene indicatoren op basis van de LBZ. Ook deze route vergt inspanning om de registratie geschikt maken.

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Eerst wordt ingegaan op de verschillende instrumenten die wij tot onze beschikking hebben om kwaliteit te bevorderen. Vervolgens wordt ingegaan op de ziekte-overstijgende kwaliteitsindicatoren en het doel hiervan. Daarna beschrijven we de landelijke administratieve databases die nodig zijn voor de berekening van kwaliteitsinformatie. En tot slot behandelen we hoe we de transparantie met betrekking tot deze indicatoren een extra impuls willen geven.

² Onderzoek naar de bruikbaarheid van informatie over heroperaties en heropnamen uit het DBC Informatiesysteem (DIS) voor het genereren van kwaliteitsindicatoren, D.S. Kringos, C. Fischer, H.F. Lingsma, P.J. Marang-van de Mheen, J. Kievit, E.W. Steyerberg, N.S. Klazinga. Amsterdam, 2014

³ De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) heeft per 1 januari 2014 de Landelijke Medische Registratie (LMR) en de Landelijke Ambulante Zorg Registratie (LAZR) vervangen en geïntegreerd. Met de LBZ willen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) de ziekenhuiszorg transparant maken, gebaseerd op goede en vergelijkbare cijfers. Tevens willen zij de registratielast voor de ziekenhuizen zo veel mogelijk beperken



2. Verschillende instrumenten om transparantie van kwaliteit te bevorderen

Zorginstituut Nederland en de NZa hebben verschillende instrumenten om kwaliteitsindicatoren en kwaliteitsinformatie beschikbaar te maken voor een breed publiek.

2.1 De NZa; Transparantieregels en Datamodellen

De NZa kan transparantieregels opleggen aan zorgaanbieders waarin zij vastlegt wat zorgaanbieders zelf moeten publiceren. Een voorbeeld hiervan is de verplichting aan zorgaanbieders die medisch-specialistische zorg leveren om sterftecijfers te publiceren. De NZa kan ook transparantieregels opleggen aan zorgverzekeraars waarmee zij zorgverzekeraars verplicht tot het verstrekken van informatie aan hun verzekerden.

Met het verplichten van het openbaar maken van de indicatoren worden ook eisen gesteld aan de onderliggende database. Zo verplicht de NZa zorgaanbieders bij de publicatie van de sterftecijfers gebruik te maken van een verplicht datamodel en methodiek. Voor alle zorgaanbieders die sterftecijfers moeten aanleveren worden hiermee eisen gesteld aan alle onderliggende gegevens. De NZa handhaaft deze informatieverplichtingen en scherpt deze zo nodig aan.

2.2 Zorginstituut Nederland; Transparantiekalender en Meerjarenagenda

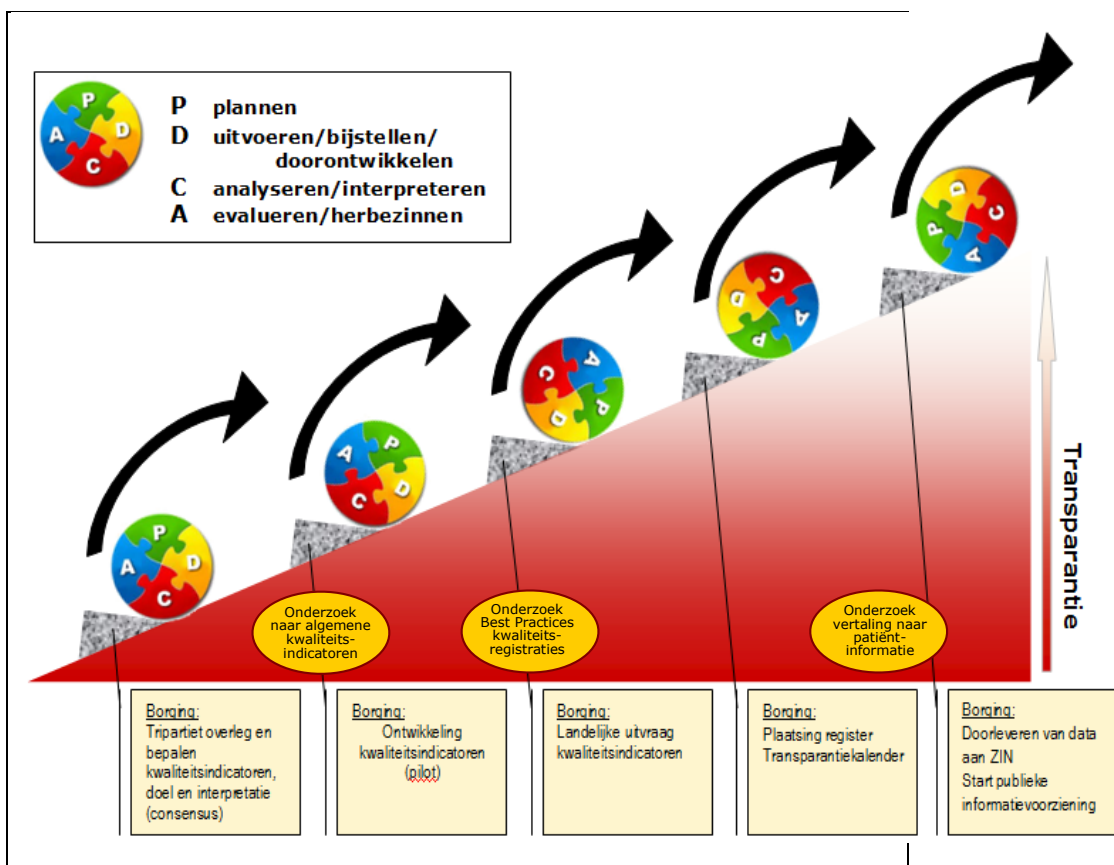
Eén van de instrumenten die Zorginstituut Nederland tot zijn beschikking heeft om kwaliteitsindicatoren beschikbaar te maken voor een breed publiek is de zogenoemde Transparantiekalender. Op de Transparantiekalender staat welke kwaliteitsinformatie instellingen moeten aanleveren aan het Loket en Openbare database van Zorginstituut Nederland, wanneer dat moet en welke meetinstrumenten zij daarvoor moeten gebruiken (kwaliteitsindicatoren en vragenlijsten). Dit betreft meetinstrumenten die opgenomen zijn in het Register en waarvan partijen hebben aangegeven dat de uitkomsten bedoeld zijn voor keuze-informatie en zorginkoop. De meetinstrumenten die op de Transparantiekalender staan worden tripartiet bepaald, dat wil zeggen dat patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen bepalen welke meetinstrumenten voor kwaliteit van zorg op de Transparantiekalender komen. Wanneer een tripartiet aangedragen indicator eenmaal op de Transparantiekalender geplaatst is, verplicht dit zorgaanbieders tot het aanleveren van bijbehorende gegevens aan Zorginstituut Nederland. De NZa kan handhaven als hieraan niet voldaan wordt. Zorginstituut Nederland publiceert deze gegevens vervolgens in de Openbare Database waarmee deze publiek toegankelijk zijn en

aangeboden worden aan consumentenwebsites, waaronder zijn eigen website KiesBeter en de website van de NPCF Zorgkaartnederland.nl.

Naast de Transparantiekalender kan Zorginstituut Nederland onderwerpen prioriteren door deze op de zogeheten Meerjarenagenda te zetten. Hiermee wordt vastgelegd welke kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten, of onderdelen daarvan, moeten worden opgeleverd, door welke organisaties en wanneer. De Meerjarenagenda staat genoemd in de Zorgverzekeringswet en heeft daarmee een juridische basis. Indien partijen niet binnen de daarvoor op de Meerjarenagenda gestelde termijn een meetinstrument aan Zorginstituut Nederland hebben aangeboden voor opname op de Transparantiekalender, heeft Zorginstituut Nederland de mogelijkheid om doorzettingsmacht uit te oefenen door zelf het initiatief te nemen een kwaliteitsstandaard en/of meetinstrument op te (laten) stellen.

2.3 Getrapte transparantie

De NZa en Zorginstituut Nederland staan open voor zogenoemde Getrapte Transparantie. In het model van getrapte transparantie is publieke informatievoorziening het sluitstuk van een zorgvuldig totstandkomings-proces van kwaliteitsindicatoren. Eerst moet er sprake zijn van zorgvuldige en volledige registratie, moeten partijen het onderling eens zijn over de interpretatie en gebruik van de data, en moet er wederzijds vertrouwen zijn dat de data juist geïnterpreteerd gaan worden. Om publieke informatie voorziening verder te bevorderen kan Zorginstituut Nederland daarom naast bovengenoemd onderzoek in het kader van specifieke ontwikkeltrajecten, ook onderzoek stimuleren naar best practices op het gebied van kwaliteitsregistratie en in samenwerking met ZonMW en de NPCF.





3. Algemene kwaliteitsindicatoren en hun doel

3.1 Onderzochte kwaliteitsindicatoren

Om een algemeen beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg bij een zorgaanbieder kunnen zogenoemde algemene ziekte-overstijgende kwaliteitsindicatoren worden gebruikt. Onder algemene kwaliteitsindicatoren verstaan we die indicatoren die per zorgaanbieder te berekenen zijn en die breed toepasbaar zijn voor de verschillende vormen van zorg die de zorgaanbieders leveren. Een kwaliteitsindicator geeft daarmee een algemeen beeld van de kwaliteit van zorg bij een zorgaanbieder.

Veel van deze algemene kwaliteitsindicatoren hebben betrekking op vermijdbare complicaties als gevolg van een behandeling. De aanwezigheid van vermijdbare complicaties in algemene zin wordt gemeten aan de hand van een viertal meer specifieke uitkomsten; patiënten met een onverwacht lange opnameduur (OLO), ongeplande heropnamen, ongeplande heroperaties en vermijdbare sterfte. Deze vier uitkomsten worden mede bepaald door de diagnose, patiëntkenmerken en de ernst van de ziekte.

Deze vier uitkomsten zijn onderling afhankelijk. Zo zijn onverwacht lange opnameduur en ongeplande heropnamen eigenlijk twee zijden van dezelfde medaille; beiden weerspiegelen het verschil tussen de verwachte opnameduur en de gerealiseerde opnameduur, al dan niet met een tussentijds ontslag.⁴ Samen met sterfte kunnen deze uitkomsten als communicerende vaten worden beschouwd; sterfte leidt tot een kortere opnameduur zonder heropname. Bij het interpreteren van opnameduur en ongeplande heropname cijfers moet daarom rekening gehouden worden met sterfte.

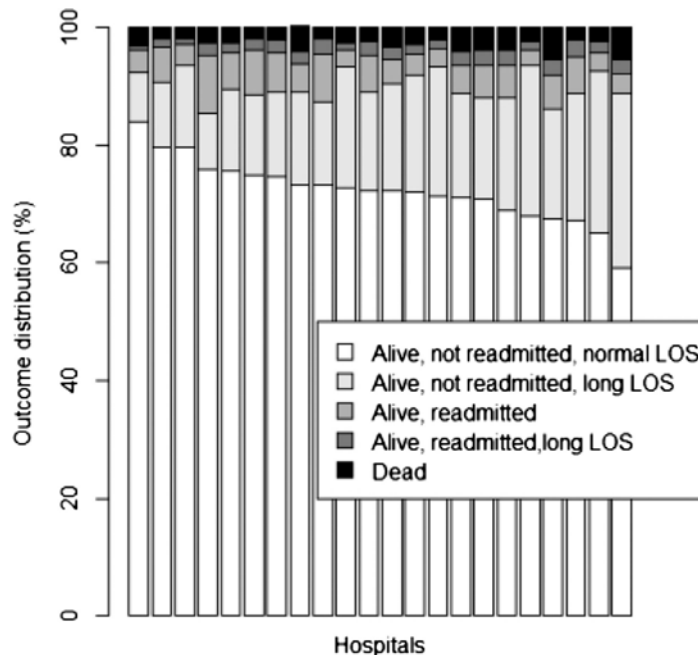
Ook ongeplande heropnamen (en daarmee ook zijn tegenhanger onverwacht lange opnameduur) en heroperaties hangen met elkaar samen. Een ongeplande heropname kán het gevolg zijn van een ongeplande heroperatie, maar kan bijvoorbeeld ook voortkomen uit een gebrek aan opvang buiten het ziekenhuis (bijvoorbeeld door onvoldoende ondersteuning in de thuissituatie).

De uitkomsten onverwacht lange opnameduur, ongeplande heropnamen, ongeplande heroperaties en vermijdbare sterfte hangen dus samen. Dit blijkt ook uit recent gepubliceerd onderzoek van Marang-van de Mheen.⁵ Onderstaand figuur uit de publicatie van Marang-van de Mheen illustreert hoe heropnamen ('Readmitted', waaronder die vanwege heroperaties), onverwacht lange opnameduur ('LOS length of stay') en vermijdbare

⁴Borghans I. Reducing hospital length of stay by improving quality and safety of care? Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2012.

⁵ International Forum on Quality and Safety In Healthcare, Paris, France, 8–11 April 2014: 009: Evaluation of quality of care using registry data: the interrelationship between length-of-stay, readmission and mortality and impact on hospital outcomes. P J Marang-van de Mheen, H F Lingsma, S Middleton, J Kievit, E W Steyerberg. *BMJ Qual Saf* 2014; **23**:4 350-351

sterfte ('Dead') verschillende, maar deels overlappende uitkomsten zijn die tezamen *een indicatie* van de kwaliteit van zorg kunnen geven.



Uit: P J Marang-van de Mheen et al. BMJ Qual Saf 2014;23:350-351.

Door deze uitkomsten in hun onderlinge samenhang te bezien en rekening te houden met de specifieke diagnose, patiëntkenmerken en de ernst van de ziekte (casemix correctie) kan *in principe* een inschatting worden gemaakt van verschillen in kwaliteit van zorg tussen verschillende zorgaanbieders.

We spreken met nadruk over “in principe” want deze stelling gaat uit van betrouwbare en volledige databases en doorontwikkelde indicatoren. Echter, de huidige praktijk wijst uit dat de databases nog niet altijd betrouwbaar en volledig zijn gevuld, en alleen de indicator voor potentieel vermijdbare sterfte, i.e. de Hospital Standardised Mortality Rate (HSMR), is ver doorontwikkeld.⁶ De indicatoren onverwacht lange opnameduur en ongeplande heropnamen maken daarentegen pas sinds 2015 deel uit van basisset kwaliteitsindicatoren medisch-specialistische zorg van de IGZ.⁷ Deze indicatoren worden verder doorontwikkeld door Dutch Hospital Data (DHD) in samenwerking met IGZ en IQ Healthcare. De indicator voor ongeplande heroperaties is een verbijzondering van de indicator ongeplande heropnamen en wordt voor relevante aandoeningen specifiek doorontwikkeld.

Samengevat concluderen wij mede op basis van het onderzoek van Marang- van de Mheen en Klazinga dat zowel heroperaties, ongeplande heropnamen en onverwacht lange opnameduur belangrijke indicatoren voor kwaliteit van zorg zijn en een waardevolle en noodzakelijke aanvulling zijn op de sterftcijfers (HSMR). Deze conclusie werd ook

⁶De Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) zet de werkelijke sterfte in een ziekenhuis af tegen de sterfte die op basis van de patiëntkenmerken werd verwacht. Het is daarmee een indicator voor potentieel vermijdbare sterfte.

⁷ Zie

http://www.igz.nl/Images/IGZ%20Basisset%20kwaliteitsindicatoren%20ziekenhuizen%202016_tcm294-367407.pdf De indicator heropnamen is overigens voor 2015 in de praktijk nog niet ingevoerd omdat hij nog te weinig doorontwikkeld is voor transparantiedoeleinden.



breed onderschreven door partijen tijdens de consultatie. Tegelijkertijd merken we op dat deze indicatoren in de huidige vorm minder geschikt zijn om een aanbieder te vergelijken en dat doorontwikkeling van de indicatoren nodig is. In de volgende paragraaf gaan we hier nader op in. Andere algemene indicatoren zijn niet genoemd in de reacties op de consultatie.⁸

3.2 Het doel van kwaliteitsindicatoren

Algemene kwaliteitsindicatoren dienen meerdere doelen. Een belangrijk doel is het voeden van de kwaliteitscyclus: zorgaanbieders kunnen op basis van deze indicatoren risico's opsporen ten aanzien van kwaliteit en veiligheid en afwijkende uitkomsten evalueren. De IGZ maakt op eenzelfde manier gebruik van deze uitkomsten bij haar risicogericht toezicht. Daarnaast kunnen algemene ziekte-overstijgende kwaliteitsindicatoren ook voor zorgverzekeraars een rol spelen bij het verifiëren van kwaliteitsborging en het bespreken van het kwaliteitsmanagement.

De vier genoemde kwaliteitsindicatoren, ongeplande heropname, heroperaties, langere opname duur dan verwacht, en vermijdbare sterfte, betreffen alle vier negatieve uitkomsten van zorg die een zorggebruiker logischerwijs wil mijden. Kennis over deze zorguitkomsten is daarom ook relevant voor zorggebruikers en zou een rol kunnen spelen in de keuze van de zorggebruikers voor een bepaalde behandeling of behandelaar. Deze kennis draagt bij aan reële verwachtingen en 'verdiend vertrouwen', en om deze redenen wil de NPCF dat deze gegevens op den duur publiekelijk beschikbaar komen. Ook de NZa en Zorginstituut Nederland onderstrepen het belang om kwaliteitsinformatie openbaar te maken in het belang van de burger c.q. de patiënt.

Wanneer deze indicatoren op een zorgvuldige manier openbaar gemaakt worden dan kan dat tot meer vertrouwen leiden in de zorg, zeker wanneer de uitkomsten van kwaliteitsindicatoren tezamen met de toelichting van zorgaanbieders en oordelen van de IGZ beschikbaar komen voor een breder publiek. Hiermee worden de signalerings- en kwaliteitsborgingsmechanismen van aanbieders, verzekeraars en de IGZ immers zichtbaar die laten zien dat voor veilige en goede zorg breed wordt zorg gedragen.

De vier genoemde kwaliteitsindicatoren, ongeplande heropname, heroperaties, langere opname duur dan verwacht, en vermijdbare sterfte, betreffen alle vier negatieve uitkomsten van zorg die een zorggebruiker logischerwijs wil mijden. Kennis over deze zorguitkomsten per instelling is daarom naast de eerder genoemde doelgroep ook

⁸ Er is wel de verwachting uitgesproken dat er mogelijk nieuwe indicatoren gevonden kunnen worden wanneer intensiever gebruik wordt gemaakt van de bestaande databases. Daarnaast is er behoefte aan een algemene indicator voor poliklinische zorg, omdat sterftecijfers en opnameduur alleen worden berekend voor de klinische zorg, en heropnamen voornamelijk betrekking hebben op opnamen en operaties die meestal niet poliklinisch uitgevoerd worden. Een dergelijke poliklinische indicator - die feitelijk betrekking heeft op het diagnostische traject - is nog niet ontwikkeld. Daarnaast is tijdens de consultatie nog de wens uitgesproken tot meer positief geformuleerde uitkomstmaat voor kwaliteit, zoals toegevoegde gezondheidswaarde. Indicatoren voor dergelijke uitkomsten bestaan wel, maar worden niet op administratieve data ontwikkeld. Dat is de reden waarom wij hier niet verder op ingaan in dit rapport.

relevant voor zorggebruikers. Kennis over zorguitkomsten bij de zorggebruiker draagt bij aan reële verwachtingen en 'verdiend vertrouwen', en om deze redenen wil de NPCF dat deze gegevens op den duur publiekelijk beschikbaar komen.

Ook zouden deze algemene kwaliteitsindicatoren een rol kunnen spelen in de keuze van zorggebruikers voor een bepaalde behandeling of behandelaar. Toch zijn deze indicatoren in hun huidige vorm minder geschikt voor het kiezen van een zorgaanbieder door de patiënt en diens zaakwaarnemer. Daar zijn de indicatoren (nog) niet onderscheidend en robuust genoeg voor. De rangorde van zorgaanbieders is daarom vrij willekeurig en kan van jaar tot jaar verschillen. De verschillen tussen de zorgaanbieders zijn in de meeste gevallen niet significant. Dit is de reden waarom de NPCF bijvoorbeeld wel de sterftecijfers per zorgaanbieder zien, maar deze gebruikt niet in keuzehulpen.⁹

Om dezelfde redenen kunnen zorgverzekeraars de indicatoren in hun huidige vorm (nog) niet goed gebruiken voor selectieve inkoop; er is vaak niet mee aan te tonen dat de ene aanbieder significant beter is dan de andere.

De algemene kwaliteitsindicatoren kunnen dus meerdere doelen¹⁰ dienen die meer of minder uitontwikkeld zijn en soms op gespannen voet met elkaar kunnen staan. Om de informatie goed te ontsluiten voor de verschillende doelgroepen is het daarom nodig om de genoemde indicatoren door te ontwikkelen en regelmatig te evalueren wat de zeggingskracht van de indicatoren is en hoe deze worden gebruikt. Hier willen Zorginstituut Nederland en de NZa zich voor inzetten.

⁹ Zie <https://www.zorgkaartnederland.nl/feiten-en-cijfers/sterftecijfers>

¹⁰ Soms wordt geopperd dat algemene kwaliteitsindicatoren deel uit kunnen maken van de uitkomstbekostiging (zie voor een overzicht: Eijkenaar en Schut, 2015: Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?). Dit is echter geen primair doel. Het gebruik van indicatoren in de bekostiging van zorg stelt andere eisen aan de indicatoren en de modellen waar ze deel vanuit maken. Ook stelt het andere eisen aan de controle op de vastlegging ervan. Als er financiële consequenties worden verbonden aan de uitkomsten van zorg kan dit strategisch gedrag uitlokken om de uitkomsten te manipuleren. Dit schaadt het primaire doel om de kwaliteitsindicatoren te gebruiken voor het opsporen van risico's en het verbeteren van de zorg.



4. Landelijke administratieve database

De afgelopen jaren heeft het veld veel geïnvesteerd in kwaliteitsregistraties. Registraties vragen vaak een extra investering van de zorgverlener in het vastleggen van gegevens. Niet voor alle zorg is echter een dergelijke extra inspanning gerechtvaardigd en nodig. Om verhoging van (onnodige) administratieve lasten te beperken is het gebruik van bestaande administratieve databases voor het ontsluiten van kwaliteitsinformatie aantrekkelijk. Ook uit de literatuurstudie binnen het onderzoek van Klazinga blijkt dat administratieve databases internationaal een geaccepteerde bron van gegevens zijn voor het berekenen van heroperatie en heropname-cijfers. Het gebruik van een dergelijke database betekent echter altijd een compromis tussen maximaal gewenste volledigheid en nauwkeurigheid enerzijds en praktische haalbaarheid anderzijds. Er is in Nederland echter geen enkele administratieve database die volledig en nauwkeurig alle patiëntkenmerken vastlegt, waardoor het bijvoorbeeld niet altijd goed mogelijk is zicht te krijgen op comorbiditeit.

Uit de reacties op de consultatie blijkt dat deze beperking door partijen algemeen geaccepteerd wordt, mits met deze beperking ook rekening wordt gehouden bij het gebruik van deze indicatoren.

De keuze voor een administratieve database ligt dus voor de hand, maar de aard van indicatoren heropname en heroperatie stelt een belangrijke beperkende eis aan deze keuze. Een heroperatie of heropname vergelijkt immers twee gebeurtenissen die in principe op twee verschillende plaatsen kunnen hebben plaats gevonden. De oorspronkelijke opname kan plaats hebben gevonden bij zorgaanbieder A terwijl de heropname kan hebben plaatsgevonden bij zorgaanbieder B. Een individuele zorgaanbieder die kwaliteitsinformatie goed wil vastleggen en vergelijken is dus afhankelijk van de registratie door de zorgaanbieder waarin de heropname heeft plaatsgevonden. Om deze reden is het nodig dat indicatoren berekend worden op een landelijk dekkende persoonsvolgende registratie, zodat alle opnamen en operaties (in het indicatiegebied) en benodigde patiënt- kenmerken worden vastgelegd. In Nederland zijn maar twee databases die hieraan kunnen voldoen. Dit zijn de LBZ (voorheen de Landelijk Medische Registratie (LMR)) en het DBC-Informatiesysteem (DIS).

Het DBC-Informatiesysteem (DIS) is een publieke database, beheerd door de NZa. De NZa ziet toe op de kwaliteit en volledigheid van de database.

De LBZ is in beheer van Dutch Hospital Data (DHD), een private stichting van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) die de landelijke basisregistratie van ziekenhuizen (LBZ) beheert. Er is geen publiek toezicht op de kwaliteit en volledigheid van deze database. Nagenoeg alle ziekenhuizen nemen vrijwillig deel aan deze registratie.¹¹ De ZBC's doen hier vooralsnog niet aan mee, maar hebben tijdens de consultatie de intentie tot deelname geuit.

¹¹ NFU en NVZ hebben deelname aan deze registratie voorwaardelijk gemaakt aan het lidmaatschap.

De LBZ en de DIS kunnen met elkaar worden vergeleken op basis van de eisen die aan een database gesteld moeten worden om goede kwaliteitsinformatie te kunnen berekenen. Het gaat dan om eisen als volledigheid, aandoening/procedure codering, co-morbiditeit, code heropname gepland, locatie aanduiding, kwaliteitscontrole data en tijdigheid. Daarbij geldt dat beide databases niet alle eisen voldoen.

Op basis van onze eigen weging in combinatie met de input die wij tijdens de consultatie hebben gekregen, zien wij de registratie van de genoemde indicatoren in de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuizen (LBZ) als het meest kansrijk. Belangrijkste overwegingen hierbij zijn de betere correctiemogelijkheden voor casemix en het feit dat zowel de HSMR als de nieuw ontwikkelde indicatoren onverwacht lange opname duur en ongeplande heropnamen ontwikkeld zijn op basis van de LBZ¹².

DHD maakt voor de aangesloten ziekenhuizen (en dat zijn ze nagenoeg allemaal) ook rapportages over de kwaliteitsindicatoren HSMR en onverwacht lange opnameduur. DHD publiceert de indicatoren van de basisset ziekenhuizen via de website www.ziekenhuizen transparant.nl. DHD is bovendien in 2013 gestart met het maken van overzichten over heropnamen. Het is een eerste stap: het betreft hier nog geen *ongeplande* heropnamen. Tijdens de consultatie heeft DHD aangegeven bezig te zijn met het toevoegen van een nieuwe informatieveld wat een specifieke analyse van *ongeplande* heropnamen mogelijk moet maken. Bovendien moeten correctiefactoren als co-morbiditeit en leeftijd nog verdisconteerd worden in de data.¹³ Naast HSMR, behoort sinds 2015 ook onverwacht lange opnameduur tot de basisset die de IGZ uitvraagt.¹⁴ In de nabije toekomst zullen ook heropnamen tot de basisset gaan behoren.

Met de opname van (ongeplande) heropnamen in de uitvraag hebben drie van de vier algemene kwaliteitsindicatoren een redelijk tot goede basis in de LBZ. De LBZ ontbeert over het algemeen echter nog de vierde algemene kwaliteitsindicator ongeplande heroperaties.

In het volgende hoofdstuk geven we aan hoe wij middels 'de Route Transparantiekalender' de verdere doorontwikkeling en beschikbaarheid van deze algemene kwaliteitsindicatoren willen bevorderen.

¹² De keuze voor de LBZ betekent overigens niet dat we de DIS terzijde schuiven. De DIS kan en zal ingezet moeten worden als kwaliteitscontrole, bijvoorbeeld om de volledigheid van de LBZ data te testen. De NZa zal echter niet investeren in betere afleidingsmogelijkheden van de genoemde kwaliteitsindicatoren uit DIS.

¹³ zie DHD, 2014. Rapport LBZ Indicatoren 2013; Voorlopige (H)SMR, Onverwacht lange opnameduur, Heropnamen).

¹⁴ Zie <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/nieuwe-samenwerkingsovereenkomst-over-kwalite.aspx>



5. Bevorderen doorontwikkeling en beschikbaarheid via de Transparantiekalender

Zoals in voorgaande hoofdstukken aangegeven hebben Zorginstituut Nederland en de NZa geconcludeerd dat heroperaties, ongeplande heropnamen en onverwacht lange opnameduur belangrijke indicatoren voor kwaliteit van zorg zijn. Deze indicatoren zijn een waardevolle en noodzakelijke aanvulling zijn op de sterftcijfers die reeds door de aanbieders gepubliceerd worden. Tegelijkertijd erkennen we dat de indicatoren in de huidige vorm minder geschikt zijn om aanbieders met elkaar te vergelijken en dat doorontwikkeling van de indicatoren nodig is. Onderstaand geven wij aan welke rol wij willen spelen in de (verdere) uitrol van de kwaliteitsindicatoren, maar ook wat wij van partijen verwachten.

5.1 Beschikbaarheid en doorontwikkeling

Zorginstituut Nederland en de NZa zien de Transparantiekalender als de eerst aangewezen manier om aan te sturen op meer beschikbare en publiek toegankelijke informatie over de genoemde algemene kwaliteitsindicatoren. Dit omdat voor de Transparantiekalender zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten tezamen bepalen hoe en wanneer de informatie beschikbaar wordt. Op de Transparantiekalender staat nu al een drietal meetinstrumenten gericht op heropnamen, wat, zeker gezien relatief korte bestaan van de Transparantiekalender, aangeeft dat partijen zelf de waarde van dergelijke kwaliteitsindicatoren inzien en in principe heel goed in staat zijn om hierover in goed onderling overleg tot overeenstemming te komen. Dit werd ook onderschreven tijdens de consultatie. Zorgpartijen zelf kunnen het beste inschatten aan welke indicatoren er het meeste behoefte bestaat, welke indicatoren het meest kansrijk zijn om (door) te ontwikkelen en welk onderzoek er nog nodig is om deze kansen om te zetten naar reële uitvraag. De zorgpartijen hebben daarom de regie in de hieronder beschreven 'Route Transparantiekalender'.

5.2 Route Transparantiekalender

De route via de Transparantiekalender behelst als eerste prioritering van de nader te onderzoeken algemene ziekte-overstijgende kwaliteitsindicatoren, waarna een ontwikkeltraject wordt opgesteld waarin uitgewerkt wordt hoe middels onderzoek en opname in het Register uiteindelijke plaatsing op de Transparantiekalender bewerkstelligd wordt. Dit wordt hieronder uitgewerkt.

1. Prioritering.

De bestuurlijke partijen in de medisch-specialistische zorg, die deelnemen aan de werkgroep transparantie, bepalen welke onderwerpen er aandacht verdienen in het kader van de Transparantiekalender. De

deelnemers aan deze werkgroep kunnen goed inschatten welke indicator doorontwikkeling behoeft en waar zij hun tijd en energie op willen en kunnen inzetten. Zorginstituut Nederland zal daarom aan de werkgroep de vraag voorleggen worden welke van de eerder genoemde algemene kwaliteitsindicatoren kansrijk zijn voor opname op de Transparantiekalender, en daarom prioriteit zouden moeten krijgen bij de doorontwikkeling.

2. Ontwikkeltraject.

In vervolg op de prioritering zal Zorginstituut Nederland in samenspraak met partijen in de medisch-specialistische zorg voor ieder van de geprioriteerde kwaliteitsindicatoren afspraken maken over een ontwikkeltraject dat uiteindelijk moet leiden tot opname op de Transparantiekalender. Dit Ontwikkeltraject omvat een tijdsplanning en een omschrijving van de taken en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen. Het tripartiet aanbieden en opname in het Register maakt hier deel van uit. Tevens wordt vastgesteld welk aanvullend onderzoek eventueel nodig is. Zorginstituut Nederland ziet daarin een belangrijke rol weggelegd voor ZonMw. Het ontwikkeltraject omvat verder mogelijke scenario's. In de scenario's staat afhankelijk van verschillende mogelijke uitkomsten van het onderzoek omschreven welke acties er door welke van de betrokken partijen ondernomen gaan worden. De tijdsplanning in een Ontwikkeltraject bevat naast de timing van de voorgenomen acties ook wanneer de plaatsing op de Transparantiekalender beoogd wordt. Zoals aangegeven in Hoofdstuk 2 staan de NZa en Zorginstituut Nederland bij het formuleren van de Ontwikkeltrajecten open voor zogenoemde Getrapte Transparantie op voorwaarde dat de precieze stappen zijn vastgelegd in de het hierboven beschreven Ontwikkeltraject. Om de publieke informatie voorziening te bereiken die het eindpunt van Getrapte Transparantie vormt, kan naast onderzoek in het kader van specifieke kwaliteitsindicatoren, ook onderzoek nodig zijn naar Good Practices op het gebied van kwaliteitsregistratie en naar het gebruik van algemene ziekte-overstijgende kwaliteitsindicatoren in patiëntinformatie (zie het Figuur in Hoofdstuk 2).

3. Plaatsing op de Transparantiekalender.

Het ontwikkeltraject eindigt bij plaatsing op de Transparantiekalender van de geprioriteerde kwaliteitsindicatoren.

5.2.1 Voorwaarden

Zorginstituut Nederland heeft in samenwerking met ZonMw reeds onderzoek mogelijk gemaakt naar de door de werkgroep Transparantie geprioriteerde indicatoren. Voor de implementatie van de uitkomsten van dit onderzoek is echter een intensieve inzet nodig van de partijen in de medisch-specialistische zorg. Afspraken die gemaakt worden in ontwikkeltrajecten zijn niet vrijblijvend. Natuurlijk kunnen zich tijdens het onderzoek onvoorziene omstandigheden voordoen die de uitvoering van het vooraf geplande ontwikkeltraject belemmeren. Er zal dan naar bevind van zaken gehandeld moeten worden, maar ook hierbij gaat Zorginstituut Nederland uit van een constructieve inzet van alle partijen.

Ondanks de bindende afspraken en alle goede wil en inzet van alle betrokken partijen kan het toch gebeuren dat er onvrede ontstaat over de voortgang van de (door)ontwikkeling. Bijvoorbeeld omdat partijen vinden dat de in het ontwikkeltraject gedocumenteerde afspraken niet worden nagekomen of wanneer een of meer partijen zich hiervoor onvoldoende inzetten. Zorginstituut Nederland heeft dan de mogelijkheid het onderwerp op de eerdergenoemde Meerjarenagenda te plaatsen en zo nodig doorzettingsmacht in te zetten. Als Zorginstituut Nederland



indicatoren op de Transparantiekalender plaatst ontstaat er voor individuele zorgaanbieders een verplichting tot het aanleveren van kwaliteitsinformatie op basis van die indicator. De NZa kan waar nodig handhaven als het schort in de naleving van de rapportageverplichting die ontstaat na plaatsing op de Transparantiekalender van de binnen de Route Transparantiekalender onderzochte indicatoren.



Bijlagen

Tussen 31 oktober 2014 en 12 januari 2015 hebben NZa en Zorginstituut Nederland op basis van het Consultatiedocument Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren heroperaties en heropnamen veldpartijen en belanghebbenden schriftelijk geconsulteerd over de rol van deze specifieke indicatoren en de route waarlangs deze tot stand zouden moeten komen.

De voorafgaand aan de consultatiebijeenkomst ingebrachte reacties betroffen in het geval van het Zorgverzekeraars Nederland, het CBS, ZonMW, het RIVM en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) een reactie op een enkel punt, een korte kanttekening of wedervraag. Volledige reacties werden ontvangen van NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Federatie Medisch Specialisten, IQ-Healthcare (Radboud Universiteit), iBMG (Erasmus Universiteit Rotterdam), AON Hewitt. Deze volledige reacties die voorafgaand aan de consultatiebijeenkomst zijn ingebracht, treft u bijgaand integraal aan. Tevens treft u aan de presentatie van de NPCF naar aanleiding van het consultatiedocument.

Op 27 januari 2014 vond vervolgens een consultatiebijeenkomst plaats met gelegenheid om reacties toe te lichten en hierover met elkaar van gedachten te wisselen. De uitkomsten van deze consultatiebijeenkomst zijn door NZa en Zorginstituut Nederland betrokken bij de totstandkoming van dit document.

NZa Nederlandse Zorgautoriteit
Directeur Zorgmarkten Cure

Uw kenmerk mail d.d. 18-12-2014
Betreft consultatie 'Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren heroperaties en heropnamen'
Datum 12-1-2015

Ons kenmerk 15.223/AS/YK

Geachte heer L.,

Allereerst mijn complimenten voor de zorgvuldige wijze waarop de NZa de consultatie heeft vormgegeven. Het laten opstellen van een rapport door experts van de umc's onder leiding van prof. Klazinga ter voorbereiding van de consultatie getuigt van visie en geeft blijk van de taakopvatting en verantwoordelijkheid die de NZa ervaart.

Naast het compliment wil ik ook graag een kanttekening plaatsen. Mijsn inziens is er een lancune tussen het rapport en de formulering van de consultatievragen. Waar in het onderzoeksrapport onderbouwd met veel argumenten een voorbehoud wordt gemaakt bij de intentie om de transparantie voor de Nederlandse ziekenhuizen uit te breiden met kwaliteitsindicatoren voor heropnames en heroperaties, wordt deze nuance gemist in het consultatiedocument.

Daarop aansluitend wil ik namens de NFU waarschuwen voor te snelle conclusies met betrekking tot de haalbaarheid van de inzet van beide indicatoren voor het bieden van transparantie over de kwaliteit van zorg in de ziekenhuizen. Hoewel ik de gedachte kan volgen om de jaarlijkse verplichting van het openbaar maken van de HSMR en SMR's uit te breiden met 'heropnames' en 'heroperaties', vraagt dit nog behoorlijk wat nader onderzoek op het gebied van betrouwbaarheid, validiteit en het verantwoord gebruik van bronnen. De aanname dat de vereiste gegevens zijn te herleiden uit de DIS en/ of LMR wordt door de NFU niet gedeeld. De gegevens omtrent de heropname zijn mogelijk af te leiden uit de LMR, maar dit vraagt wel nadere definiëring van welke codes hiervoor gebruikt moeten worden. Ook wordt van de ziekenhuizen verwacht dat zij beter registreren dan nu het geval is. Voor heroperaties kan het LMR nog niet gebruikt worden. Het DIS is totaal ongeschikt om kwaliteitsgegevens op het gebied van heropnames en heroperaties uit af te leiden.

De betrouwbaarheid zou verhoogd kunnen worden als een combinatie van bronnen gebruikt zou worden waarbij het BSN-nummer een cruciale rol kan spelen. Maar meer onderzoek naar betrouwbaarheid en het waarborgen van de privacy van de patiënten is van essentieel belang als het gebruik van BSN en koppeling van meerdere bronnen overwogen zou worden.

Een andere optie is om de resultaten van een ziekenhuis op het gebied van de HSMR, heropnamen en heroperaties te koppelen. Als dit zorgvuldig gebeurt dan geeft dat een completer beeld van een ziekenhuis. Maar dat zou beter onderzocht moeten worden.



Verder wil ik in overweging geven de mogelijke relatie in kaart te brengen tussen enerzijds behandelingen en operaties die in de zelfstandige behandelklinieken bij patiënten uitgevoerd zijn en anderzijds de opnamen en operaties in algemene ziekenhuizen en umc's. Als binnen een bepaalde termijn patiënten na behandeling in de ZBC opgenomen of geopereerd worden in een ziekenhuis/ umc, is er dan ook sprake van een heropname of heroperatie?

Tot slot nog een opmerking over een juiste interpretatie van de HSMR en mogelijk in de toekomst van heropnamen en heroperaties. Het vatten van de kwaliteit van zorg van het complexe proces van de zorgverlening in een ziekenhuis in één getal is een utopie en moet ook niet zo geduid worden. Zeker voor patiënten en verzekeren moet een resultaat in de vorm van een getal voor HSMR, heropname en heroperatie gepaard gaan met een instructie over hoe dit gebruikt kan worden. Het is een bekend gegeven dat per indicator een bepaalde mate van 'ruis' optreedt om verschillende redenen. Bij HSMR is er sprake van een behoorlijk percentage ruis maar zeker bij nieuwe indicatoren voor heropname en heroperatie verwacht ik dat er behoorlijk wat ruis zal zijn door verschillen in registratie en het gebruik van bronnen die niet bedoeld waren voor het afleiden van kwaliteitsindicatoren.

Desgewenst kunnen wij bovenstaande 27 januari a.s. nader toelichten.

Met vriendelijke groet,

mr. Jacques Landman
directeur

Reactie NVZ op consultatie vragen van de NZa en het Zorginstituut Nederland over de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren heroperaties en heropnamen

In het consultatie document zijn een aantal consultatie vragen opgenomen, waarop hieronder de reactie van de NVZ is gegeven.

Algemene consultatievragen:

1. Hoe kijkt u aan tegen het meten en openbaar maken van cijfers over ongeplande heroperaties (in aanvulling op sterftcijfers) als keuzeinformatie voor patiënten?
Positief, ongeplande heroperaties (in aanvulling op sterftcijfers) kunnen mits de gegevens betrouwbaar en vergelijkbaar zijn zinvol zijn als keuze informatie. Vaststellen welke operaties ongepland zijn, dient zorgvuldig en in samenspraak met ziekenhuizen opgepakt te worden. Het percentage ongeplande heropnamen is tevens opgenomen in de IGZ basisset voor 2015.
2. Hoe kijkt u aan tegen het meten en openbaar maken van cijfers over ongeplande heropnamen als keuzeinformatie voor patiënten?
Positief, ongeplande heropnamen (in aanvulling op sterftcijfers) kunnen, mits de gegevens betrouwbaar en vergelijkbaar zijn, zinvol zijn als keuze informatie. De NVZ heeft reeds, met DHD, een indicator heropnamen ontwikkeld welke op dit moment verder door ontwikkeld wordt. De NVZ acht het zeer onwenselijk dat er meerdere cijfers openbaar worden gemaakt over ongeplande heropnamen. Dit wekt verwarring bij patiënten en andere partijen die gebruik maken van deze indicatoren.
3. Is inzicht in cijfers over heroperaties en heropnamen volgens u van belang voor de inkoop van zorg?
De indicatoren heropnamen en heroperaties (zoals berekend op basis van de LBZ) zijn wat de NVZ betreft geschikt voor zorginkoop als gespreksinformatie en dienen in samenhang met andere kwaliteitsindicatoren zoals HSMR en OLO gezien te worden.

Consultatievraag 4:

Deelt u deze conclusie ten aanzien van de potentie van de indicatoren? En gaat deze in het algemeen op of zijn er specifieke aandoeningen/interventies waarvoor deze conclusie niet getrokken kan worden?

De kwaliteitsindicatoren (ongeplande) heropnamen en heroperaties zijn in algemene zin relevant. Het is wel van belang dat bij het vaststellen van de definitie goed gekeken wordt naar uitsluiting van de geplande heropnamen en heroperaties. Voorbeelden hiervan zijn geplande heropname voor een cataract operatie (indien dit nodig is voor beiden ogen worden deze apart uitgevoerd, met een tussenperiode van enkele weken), heropname in het kader van chemokuren en dialysebehandelingen.

Consultatievraag 5:

Mist u daarnaast nog indicatoren die volgens u ook op basis van administratieve gegevens kunnen worden afgeleid?

DHD leidt naast de (H)SMR en (ongeplande) heropnamen ook de Onverwacht Lange Opnameduur (OLO) af uit de Landelijke Basisregistratie Zorg (LBZ).

Consultatievraag 6:

Vindt u het acceptabel dat er concessies worden gedaan aan de volledigheid en betrouwbaarheid van de indicatoren die niet worden gebaseerd op datasets die specifiek zijn ontworpen om kwaliteit te meten?

De NVZ vindt het niet wenselijk om concessies aan de volledigheid en betrouwbaarheid te doen. De NVZ kan, met DHD als partij die de LBZ beheert, beoordelen of de betrouwbaarheid en volledigheid van de indicatoren ongeplande heropnamen en heroperaties voldoende is om de kwaliteit van zorg te meten. Het is daarbij van belang dat ziekenhuizen zelf de indicatoren accorderen alvorens deze transparant worden gemaakt, zodat zij de mogelijkheid hebben om de onderliggende data te controleren en indien nodig aan te passen wanneer deze onvolledig of onjuist blijken te zijn. Verder is het wenselijk dat de kwaliteitsindicatoren in de zorginkoop gebruikt worden als gespreksinformatie in samenhang met andere kwaliteitsindicatoren, zodat nadere duiding en toelichting mogelijk is.

Pagina

2/4

Consultatievraag 7:

Kunt u zich vinden in de eisen die worden gesteld aan een database op basis waarvan deze indicatoren kunnen worden berekend?

De NVZ sluit zich aan bij de toerekening van de heropnamen naar het ziekenhuis waar de initiële opname heeft plaatsgevonden. De noodzaak tot een landelijk dekkende persoonsvolgende registratie is daarbij een randvoorwaarde. Daarnaast zijn gegevens van patiëntkenmerken noodzakelijk om een goede casemix correctie toe te kunnen passen.

Consultatievraag 8:

Heeft u een alternatief om tot ontsluiting van deze informatie te komen, zonder publieke inmenging?

De kwaliteitsindicatoren (ongeplande) heropnamen en heroperaties kunnen tripartiet door zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten worden aangeboden aan het Zorginstituut Nederland (ZIN) voor de transparantiekalender conform het proces voor andere kwaliteitsindicatoren. Een alternatief of aanvulling is opname van deze indicatoren in het algemene Kwaliteitsvenster van ziekenhuizen. Voorwaarde is dat deze indicatoren op dat moment voldoende rijp zijn voor transparantiedoelinden.

Dit jaar heeft DHD voor het eerst een rapport uitgebracht waarin naast de indicatoren voor sterftecijfers en ligduren ook de heropnamen zijn opgenomen. Wanneer deze berekening voor heropnamen voldoende uitontwikkeld is, kan deze informatie ook ontsloten worden.

Consultatievraag 9:

Deelt u bovenstaande analyse van de stappen die gezet moeten worden om de bruikbaarheid van DIS tbv de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren te verbeteren?

De NVZ is geen voorstander van een koppeling van LBZ gegevens aan DIS voor diagnoses en nevend diagnoses. Deze koppeling is al in het LBZ-datamodel gerealiseerd. Daarom heeft het de voorkeur van NVZ dat berekening vanuit de LBZ plaatsvindt.

Daarnaast is het relevant om de registratielasten te beperken en extra te registreren items te voorkomen dan wel te beperken. Elke extra route, buiten de LBZ om, zal aandacht en dus tijd van ziekenhuizen vragen.

Consultatievraag 10:

Moet de NZa naar u mening investeren in het aanpassen van de bekostigingssystematiek en de registratie in DIS tbv de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren?

Het aanpassen van de bekostigingssystematiek is naar ons idee niet noodzakelijk en wenselijk om de (ongeplande) heropnamen en heroperatie kwaliteitsindicatoren te berekenen aangezien de LBZ een bestaand en een goed alternatief is. Het aanpassen van de bekostigingssystematiek zal dus leiden tot onnodige verzwaring van de registratielast voor de ziekenhuizen.

Consultatievraag 11:

Ziet u tijdigheid van de gegevens in DIS als probleem voor de ontwikkeling van de indicatoren? Ook na de verkorting van de maximale doorlooptijd van DBCs? Zo ja, is er een alternatief dat tijdiger beschikbaar komt?

Voor ziekenhuizen is het relevant om zo actueel mogelijk data te hebben om op te sturen. De tijdigheid van DIS zal na verkorting van de maximale doorlooptijd van DBC's minder een knelpunt zijn, maar geeft alsnog geen hele actuele informatie.

De LBZ wordt nu maandelijks door ziekenhuizen aangeleverd aan DHD. Ook hierin zijn verbeteringen te realiseren. Verwachting is namelijk dat wanneer indicatoren als de (ongeplande) heropnamen en heroperaties transparant worden gemaakt vanuit een bron, ziekenhuizen dan nog meer gaan sturen op de volledigheid, juistheid en betrouwbaarheid van deze bron.

Consultatievraag 12:

Is de LBZ volgens u een geschikte database om de indicatoren heroperatie en heropname op te berekenen?

Pagina

3/4

Ja, voor heropnamen is de kwaliteitsindicator vanuit de LBZ reeds per ziekenhuis en per specialisme in beeld gebracht. De indicator heropnamen wordt nu met behulp van ziekenhuizen verder door ontwikkeld, o.a. voor het eruit filteren van de geplande heropnamen. Tevens vindt reeds casemix correctie plaats op de indicator heropnamen. De casemix correctie wordt gerealiseerd op basis van de hoofddiagnose, nevendiaagnosen, geslacht, leeftijd, sociaaleconomische status, e.d.

De indicator heroperaties wordt nog niet uit de LBZ berekend. Dit is echter wel mogelijk aangezien (her)operaties worden vastgelegd in verrichtingencodes. Daarnaast worden de (neven)diagnoses en de datum van (her)operatie vastgelegd.

Consultatievraag 13:

Is nader onderzoek nodig om te onderzoeken of de LBZ een volwaardig alternatief kan zijn?

Ja, voor de verfijning van de indicatoren heropnamen en heroperaties is nader onderzoek gewenst. De NVZ en DHD werken hier graag aan mee.

Consultatievraag 14:

Weegt het verplicht stellen van deze registratie voor u op tegen het doel, namelijk de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren heroperaties en heropnamen?

Deelname aan de LBZ is niet wettelijk verplicht en derhalve vrijwillig, maar niet vrijblijvend aangezien deelname aan de LBZ is opgenomen in de lidmaatschap vereisten van de NVZ.

Op dit moment nemen bijna alle ziekenhuizen deel aan de LBZ.

Wanneer de kwaliteitsindicatoren worden opgenomen in de transparantiekalender van Zorginstituut Nederland hebben ziekenhuizen een wettelijke verplichting om deze indicatoren aan te leveren. Een aanvullende verplichte deelname aan de LBZ registratie is dan niet noodzakelijk.

Consultatievraag 15 (p.19):

Levert het koppelen van registraties volgens u meerwaarde op?

De LBZ bevat alle nodige variabelen voor een goede en volledige casemix correctie. Zo zijn alle patiëntkenmerken zoals, BSN nummer, leeftijd, geslacht, postcode, alle primaire en nevendiaagnosen, hoofd en nevenverrichtingen aanwezig. LBZ bevat vanaf 2015 ook de DIS informatie die eventueel als aanvullende informatie gebruikt kan worden voor de berekening van de heropnamen en heroperaties. Een koppeling van de registraties is dan ook onnodig en zal ten opzichte van de LBZ relatief weinig meerwaarde opleveren.

Consultatievraag 16 (p.19):

Welke opties zou u verder onderzocht willen zien?

Op de langere termijn zou het een mogelijkheid kunnen zijn om de kwaliteitsindicatoren heropnamen en heroperaties in samenhang te bekijken met andere kwaliteitsindicatoren of financiële informatie.

Consultatievraag 15 (p.21):

Voor welke indicaties/aandoeningen zijn medische registraties beschikbaar om heroperatie en heropnamecijfers uit af te leiden. Geef aan of de registratie volledig, nauwkeurig en tijdig is en gebaseerd kan worden op alle opnamen en/of operaties in het indicatiegebied.

Het is bij de NVZ niet bekend welke zorginhoudelijke registraties informatie bevatten om kwaliteitsindicatoren voor heropnamen en heroperaties te berekenen. Voor zover deze er zijn op aandoeningsniveau, en deze door partijen uit de kwaliteit- en doelmatigheidsagenda relevant bevonden worden op aandoeningsniveau, worden deze opgenomen in de transparantiekalender en gehaald uit de kwaliteitsregistraties. In aanvulling daarop is het mogelijk om te verkennen of het wenselijk is om op aandoeningsniveau de indicatoren heropnamen en heroperaties op basis van de LBZ te berekenen.

Consultatievraag 16 (p.21):

Wat is volgens u de meest geschikte route om de kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen?

Gezien het grote aantal zorginhoudelijke registraties en de variatie in aard, inhoud en opzet van registraties achten wij het niet zinvol om voor (ong geplande) heropnamen en heroperaties een

Pagina

4/4

nieuwe registratie te starten. De route zou wat de NVZ betreft kunnen zijn, eerst het generiek berekenen van de (ongeplande) heropnamen en heroperaties en vervolgens op basis van de diagnoses bekijken waar het relevant is om op landelijk niveau een niveau dieper te kijken. De indicatoren hebben vooral een signaal functie om verder te kijken wat de onderliggende reden zou kunnen zijn om op basis daarvan aan kwaliteitsverbetering te werken.

Consultatievraag 17:
Welke opties vallen volgens u af?

Het ontwikkelen van een separate registratie voor deze indicatoren valt wat NVZ betreft af. Daarnaast acht NVZ het niet wenselijk om uit verschillende kwaliteitsregistraties heropnamen en heroperaties naast elkaar te zetten, omdat deze registraties niet gestandaardiseerd, gestructureerd en eenduidig vastgelegd zijn waardoor de vergelijkbaarheid van indicatoren tussen de verschillende registraties beperkt is.

Consultatievraag 18:
Is er nog onderzoek nodig en zo ja welk type dan om deze keuze voor de route te onderbouwen?
i. T.a.v. de bruikbaarheid van de indicatoren als algemene kwaliteitsmaten, zo ja welke?
ii. T.a.v. de bruikbaarheid van de datasets om indicatoren op te ontwikkelen, zo ja welke?

Wat ons betreft zijn deze kwaliteitsindicatoren zinvol, mede aangezien deze ook internationaal steeds meer gebruikt worden. Wel is nader onderzoek nodig op welke onderdelen geplande heropnamen dan wel heroperaties plaatsvinden om de indicator nog meer zuiver te krijgen. Er is een nadere verkenning nodig of partijen een tripartiete aanbieding van deze (verder te verfijnen) indicatoren zinvol achten.

Consultatievraag 19:
Welke aspecten moeten de NZa en ZiN volgens u meenemen bij de ontwikkeling van deze indicatoren om ze zinvol te laten zijn als keuze-en/of inkoop-informatie?

- Het filteren van de geplande opnamen/heroperaties uit de totale opnamen/heroperaties.
- Het tripartiet opnemen van deze kwaliteitsindicatoren in de transparantiekalender zodat eventuele parallelle uitvragen op dit onderwerp komen te vervallen.
- Het betrekken van DHD bij de verdere verkenning van de mogelijkheid om de indicatoren (geplande) heropnamen en heroperaties uit de LBZ te halen.



Orde van Medisch Specialisten

Mercatorlaan 1200
Postbus 20057
3502 LB Utrecht
Telefoon (030) 28 23 650
Telefax (030) 28 23 651
E-mail secr@orde.nl

De Nederlandse Zorgautoriteit
Per mail: vragenCure@nza.nl

Onze referentie
EL/sv/2015-002

Uw referentie

Datum
13 januari 2015

Onderwerp

Reactie consultatiedocument 'Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren heroperaties en heropnamen'

Geachte heer L.,

U heeft ons uitgenodigd een reactie te geven op het voorliggende consultatiedocument 'Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren heroperaties en heropnamen'. Graag maken wij middels deze brief gebruik van deze reactiemogelijkheid. Helaas zijn wij niet in de gelegenheid geweest om de geformuleerde consultatievragen separaat te beantwoorden. Onderstaand treft u onze algemene reactie en enkele opmerkingen naar aanleiding van het toegestuurde consultatiedocument.

Algemeen

De Federatie Medisch Specialisten is positief over het feit dat het Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit zich gezamenlijk hebben gebogen over de vraag of de indicatoren voor heroperaties en heropnamen kunnen dienen als algemene indicatoren voor kwaliteit. In basis kan de Federatie de conclusie onderschrijven dat heroperaties en heropnamen in potentie veelbelovende kwaliteitsindicatoren zijn, maar deze dienen wel doorontwikkeld te worden. De Federatie is van mening dat de doorontwikkeling in nauwe samenwerking met het veld en specifiek met de wetenschappelijke verenigingen van de erkende medisch specialismen moet worden opgepakt. Gezien haar jarenlange ervaring m.b.t. indicatoren in de basisset zal ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) actief moeten worden betrokken.

Daarnaast verzoekt de Federatie om nadrukkelijk rekening te houden met reeds lopende initiatieven in het veld rondom transparantie. Hierbij is het van belang om de verschillende initiatieven zoveel mogelijk in samenhang te brengen.

De visie van de Federatie op informatiebeleid is gericht op het ontwikkelen van indicatoren waarbij deze zoveel als mogelijk gekoppeld zijn aan duidelijke inhoudelijke onderwerpen en gerelateerd aan inhoudelijke richtlijnen. Onderwerpen als ligduur en heroperatie worden dan vaak al meegenomen in kwaliteitsregistraties maar dan specifiek gekoppeld aan indicaties.

Opmerkingen consultatiedocument

- Ondanks dat het DIS in eerste instantie niet is bedoeld voor het meten van kwaliteit kan het DIS in de toekomst hiervoor mogelijk wel worden gebruikt. Dit sluit aan bij de insteek van de Federatie en wetenschappelijke verenigingen: registreer zoveel mogelijk aan de bron en voorkom (onnodige) registratiedruk. Zoals de onderzoekers echter terecht opmerken, zal er een aantal belangrijke randvoorwaarden moeten worden voldaan voordat het DIS daadwerkelijk gebruikt kan worden om conclusies te genereren over de kwaliteit van zorg (volledigheid, nauwkeurigheid etc). Dit vereist nog veel voorwerk.
- Het is onduidelijk hoe dit initiatief zich verhoudt tot de door het veld ontwikkelde transparantiekalender die onlangs is aangeboden aan het Zorginstituut. Dit initiatief is van belang om de registratielast te beperken. De Federatie acht het verstandig al dergelijke initiatieven op dit soort tafels te brengen.
- De NZa en het Zorginstituut stellen de vraag wat de meest geschikte route is om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen. De Federatie pleit nadrukkelijk voor het betrekken van professionals bij de verdere doorontwikkeling van de indicatoren. Voor de Federatie is dit een randvoorwaarde om te komen tot een betekenisvolle indicator voor de ontwikkeling van kwaliteit.
- De Federatie vraagt nadrukkelijk om te bezien hoe er samengewerkt kan worden met de IGZ rondom de basisset. De afgelopen jaren is veel ervaring opgedaan met indicatoren voor heroperatie en ligduur. Er zijn indicatoren uit de basisset van de IGZ die wellicht ook bruikbaar zijn voor de inkoop en keuzeinformatie voor de patiënt (bijv. de indicator ' heroperatie na heupfractuur). Daarnaast wordt er rondom de ontwikkeling van indicatoren al nadrukkelijk samengewerkt met de wetenschappelijke verenigingen.

Indien daar behoefte aan bestaat zijn wij uiteraard gaarne bereid tot een nadere toelichting op de hierboven geformuleerde punten.

Met vriendelijke groet,

Mevrouw Dr. M. Kallewaard,
directeur Kwaliteit, Federatie Medisch Specialisten



> Retouradres Postbus 2680 3500 GR Utrecht

NZA
vragenCure@nza.nl

St. Jacobsstraat 16
3511 BS Utrecht
Postbus 2680
3500 GR Utrecht
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Ons kenmerk
2014-1141505

Datum 15 december 2014
Onderwerp Reactie op consultatiedocument

Geachte heer of mevrouw,

Hierbij willen we graag reageren op het consultatiedocument 'Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren heroperaties en heropnamen'. We hebben een reactie op de volgende vragen uit het consultatiedocument:

Vragen 1 t/m 3

Aangezien het meten en openbaar maken van indicatoren ten behoeve van keuze-informatie en inkoop van zorg tripartiete belegd is bij de zorgaanbieders, zorggebruikers en zorgverzekeraars, vinden we dat de beantwoording van de eerste drie vragen uit het consultatiedocument vooral aan deze drie partijen is. Zij moeten op enig moment bepalen of een indicator dusdanig goed ontwikkeld is dat hij geschikt is voor keuze-informatie of voor inkoop. Wat de bruikbaarheid van het rapport sterk beperkt is het ontbreken van een goede gebruiksindicatie. De impliciete vraag lijkt te zijn of her-operaties geschikt zijn om te besluiten om zich wel of niet te laten behandelen in een bepaalde instelling en/of deze zorg niet in te kopen. De informatie om dat besluit te kunnen nemen ontbreekt zowel in het rapport als in de DIS. In het rapport omdat deze vraagstelling niet wordt uitgewerkt. Het zal immers afhangen van de overige beschikbare informatie, in hoeverre dit gegeven informatie toevoegt aan de reeds beschikbare keuze informatie. T.a.v. de Dis wordt in het rapport aangegeven dat informatie voor case-mix correctie ontbreekt. Voor een geïsoleerde beoordeling van her-operaties in een keuzeproces lijkt dat essentieel.

Vraag 4

We weten niet of een heropname/heroperatie-indicator robuuster zal zijn dan een sterfte-indicator. In ieder geval kunnen we ons voorstellen dat er drie algemene kwaliteitsindicatoren zijn die – als ze methodologisch goed ontwikkeld zijn – een indicator kunnen zijn voor de kwaliteit van de zorg. Dit betreft indicatoren waarbij (vermijdbare) complicaties tot uiting komen in heropnamen, langere ligduren of sterfte van de patiënt. De robuustheid van de indicatoren zal vooral afhangen van de methodologische kwaliteit van de indicatoren (mogelijkheden voor casemixcorrectie) en van de kwaliteit van de registratie waar de indicatoren op zijn gebaseerd. Aangezien zowel methodologisch als wat betreft kwaliteit van de registratie altijd wel ergens water bij de wijn gedaan moet worden, lijkt het ons in ieder geval robuuster om niet slechts naar één van deze indicatoren te kijken, maar alle drie deze indicatoren in de beschouwing te betrekken. Waarbij steeds helder moet zijn welk besluit op basis hiervan genomen moet worden. In dit geval

een prospectieve keuze voor een bepaalde zorgverlener. In het rapport ontbreekt de informatie om die keuze te kunnen maken.

Ons kenmerk
2014-1141505

Datum
15 december 2014

Vraag 5

Met de drie genoemde indicatoren willen we vooral zicht krijgen op de kwaliteit van de zorg die geleverd is aan klinisch opgenomen patiënten. De polikliniek blijft hierbij nog buiten beeld. Het zou mooi zijn als er ook een algemene indicator ontwikkeld kan worden die de kwaliteit van de poliklinische zorg in beeld kan brengen.

Vraag 6

Ja, dat vinden we acceptabel, maar de vraag is waar het keerpunt precies ligt: hoe goed moet een indicator zijn om als indicator gebruikt te kunnen worden voor welk doel? Bij de inspectie fungeert een indicator als waarschuwingssignaal: een signaal voor nader onderzoek. Conclusies worden pas getrokken nadat nader onderzoek is gedaan. Het signaal kan namelijk ook vals alarm zijn. De moeilijkheid met indicatoren op internet is dat partijen die deze indicatoren gebruiken meestal niet in de gelegenheid zijn om eerst nader onderzoek te doen. De indicatoren worden bijna gezien als 'de waarheid'. Dit is ook de reden waarom het belangrijk is dat tripartiete bepaald wordt of een indicator al ver genoeg ontwikkeld is voor keuze- of inkoop informatie. Aangezien het keuzeproces in het rapport ontbreekt en de aanneme lijkt dat de indicator in isolatie wordt gebruikt, is niet te beoordelen hoe groot het probleem is. Uit ervaring blijkt dat volledigheid met name een probleem is indien dit niet random is. Voorbeeld hiervan is het anders indelen van complexe (her)operaties, of het (moeten) verwijzen van patiënten voor complexe reconstructies. Vooral voor ingrepen met een hoog risico is dit een belangrijk mechanisme. Twee na elkaar uitgevoerde ingrepen lijken ongerelateerd omdat zij in twee verschillende instellingen worden uitgevoerd of heel anders worden gecodeerd, maar zijn in feite heroperaties. In het verleden trad dit op bij bijvoorbeeld galwegreconstructies na galblaasoperaties, reoperaties na hernia inguinalis etc. Een 'forensische' blik op de gegevens is dan noodzakelijk om gegevens te kunnen duiden. Zo werden primaire galblaasingrepen niet geregistreerd toen deze als heroperatie gevolgd moesten worden of werden hersteloperaties anders gecodeerd, op verzoek van het verwijzende instituut. Ook zijn theoretisch bepaalde intervallen lastig. Meteen na verstrijken van intervallen nemen in dat geval heroperaties toe, in veel gevallen is het niet opsporen van complicaties die eigenlijk geopereerd zouden moeten worden een belangrijkere indicator gebleken. Zie het voorbeeld van failure to rescue bij dikke darm ingrepen. Inhoudelijk is deze indicator veel complexer dan hierin wordt weergegeven.

Vraag 7

Deze eis heeft in ieder geval wel de voorkeur. Als hier niet aan wordt voldaan, doe je concessies aan de kwaliteit van de indicator. Maar als dit nog niet haalbaar is, dan kan een heropname/heroperatie indicator toch wel zinvol zijn. Zie boven, zonder voldoende inzicht in het keuzeproces en de gebruiker en de effecten is deze indicator op de korte termijn eerder gevaarlijk dan nuttig.

Vraag 8: het gebruik van deze indicator als toezichtinformatie rechtvaardigt niet automatisch het gebruik als keuze-informatie. Het zijn andere processen met een andere context. De stelling dat een gegeven met een gebruiksdoel automatisch geschikt is voor een ander gebruiksdoel met een heel andere context en

gebruiksproces is een gevaarlijke misvatting. Dat wil niet zeggen dat de informatie niet publiek moet zijn, maar het merendeel van de IGZ indicatoren over heroperaties zijn in de loop van de tijd als ongeschikt voor toezichtdoelen afgevoerd van de lijst. Zeker als heroperaties zeldzaam zijn en het risico daarop vooraf enigszins is in te schatten en heroperaties als andere ingrepen kunnen worden gemaskeerd is dit niet verstandig. Met name als het actief als keuze informatie wordt 'aangeraden'.

Ons kenmerk
2014-1141505

Datum
15 december 2014

Vraag 10: het registreren van zijde en verwachting van vervolgooperatie is een stap, maar zal in de verwachte situatie leiden tot additioneel onderzoek en toenemen van de verwachting op vervolgingrepen (conform de toename van het aantal nevendiaagnosen na invoering van de HSMR). Dat leidt of tot afspraken over de wenselijkheid van vervolgingrepen, met toename van regeldruk, of toename van kosten door additionele diagnostiek en ingrepen bij marginale uitkomsten.

Vraag 12

Ja. En in aanvulling hierop: de IGZ werkt (met andere partijen) aan de ontwikkeling van een indicator heropnamen op basis van de LBZ. Hierover heeft ook al uitwisseling plaatsgevonden met Claudia Fischer uit de onderzoeksgroep van Niek Klazinga.

Vraag 13

Ja

Vraag 14

De heropnamen indicator kan heel nuttig zijn, maar de LBZ verplicht stellen vanwege de ontwikkeling van deze indicator voor keuze informatie gaat ons te ver. Verplicht stellen van de LBZ kan om andere redenen een goed doel zijn.

Met vriendelijke groet,

Mevrouw J.F. de Vries
Hoofdinspecteur

Consultatievragen NZa Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren heroperaties en heropnamen

Inleiding

Aon Nederland is toonaangevend adviseur in risicomanagement, employee benefits en verzekeringen. Aon is een van de grotere financiële dienstverleners ter wereld. Aon plc is gespecialiseerd in financiële en verzekeringsdienstverlening aan met name werkgevers en hun werknemers. De reactie van Aon op de consultatievragen van de NZa over de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de zorg is dan ook ingegeven vanuit het oogpunt van werkgevers en consumenten. Een consument kan ook een patiënt zijn, maar dat hoeft niet.

Met het oog op de voorgenomen wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet constateert Aon dat het keuzecriterium “gecontracteerde zorgverleners” voor consumenten die een zorgverzekering zoeken steeds belangrijker wordt. Momenteel zijn zorgverleners in de meeste gevallen niet goed of niet objectief met elkaar te vergelijken door consumenten en werkgevers. Aon vindt het essentieel dat er een landelijk systeem komt om zorgverleners te vergelijken, waarmee consumenten en werkgevers een goede keuze kunnen maken voor een zorgverzekering. Daarom vindt Aon het belangrijk om vanuit werkgevers- en consumentenperspectief te reageren op de consultatie van de NZa.

1. Hoe kijkt u aan tegen het meten en openbaar maken van cijfers over ongeplande heroperaties (in aanvulling op sterftcijfers) als keuzeinformatie voor patiënten?

Aon staat hier positief tegenover. Zorg wordt voor werkgevers en consumenten een steeds complexer product. Het openbaar maken van cijfers over ongeplande heroperaties en heropnamen draagt bij aan transparantie en dat juicht Aon toe.

Voor een goede marktwerking in de zorg is het essentieel dat zorginstellingen en zorgverzekeraars op een objectieve manier met elkaar vergeleken worden. Dat is niet alleen voor patiënten van belang, maar ook voor werkgevers en consumenten bij het zoeken van een juiste zorgverzekering. Door het gebruik van landelijke kwaliteitsindicatoren voor zorginkoop zijn de verschillende zorgverzekeraars beter met elkaar te vergelijken.

Daarnaast zal het publiceren van deze cijfers zorginstellingen stimuleren betere kwaliteit te leveren. Dat leidt uiteindelijk tot goedkopere zorg. Wel moet de privacy van patiënten te allen tijde gegarandeerd zijn.

2. Hoe kijkt u aan tegen het meten en openbaar maken van cijfers over ongeplande heropnamen als keuzeinformatie voor patiënten?

Zie antwoord op vraag 1.

3. Is inzicht in cijfers over heroperaties en heropnamen volgens u van belang voor de inkoop van zorg?

De wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet leidt tot meer zorgsturing door zorgverzekeraars. Om de zorginkoop van zorgverzekeraars goed te beoordelen, is een objectief beoordelingssysteem van zorgverleners noodzakelijk, dat door alle zorgverzekeraars wordt gebruikt. Op dit moment hanteren verzekeraars elk hun eigen criteria. Dat leidt tot onnodig veel administratieve handelingen bij de zorgaanbieders.

Aon is van mening dat werkgevers en werknemers in het huidige systeem met name voor collectieve zorgcontracten onvoldoende tijd hebben voor een juiste afweging om van verzekeraar te veranderen. Daarom pleit Aon ervoor de overstapperperiode te verruimen of de publicatie van gecontracteerde zorgverzekeraars te vervroegen.

4. Deelt u deze conclusie ten aanzien van de potentie van de indicatoren? En gaat deze in het algemeen op of zijn er specifieke aandoeningen/interventies waarvoor deze conclusie niet getrokken kan worden?

Aon deelt de conclusie over de potentie van de indicatoren. Of er specifieke aandoeningen/interventies zijn waarvoor deze conclusie niet getrokken kan worden, kan Aon niet beoordelen.

5. Mist u daarnaast nog indicatoren die volgens u ook op basis van administratieve gegevens kunnen worden afgeleid?

Niet iedere behandeling vereist een operatie. Hoe lang patiënten na behandeling medicijnen moeten gebruiken en de ligduur in combinatie met de DBC, zijn ook voor de hand liggende kwaliteitsindicatoren die op basis van administratieve gegevens moeten zijn vast te stellen.

6. Vindt u het acceptabel dat er concessies worden gedaan aan de volledigheid en betrouwbaarheid van de indicatoren die niet worden gebaseerd op datasets die specifiek zijn ontworpen om kwaliteit te meten?

Honderd procent volledigheid en betrouwbaarheid is niet reëel. Daarom pleit Aon ervoor vast te leggen welke gegevens verplicht moeten worden ingevoerd in het DIS en af te spreken wat een acceptabel niveau van volledigheid en betrouwbaarheid is. Onvolledigheid is echter geen argument om invoering van een systeem van kwaliteitsindicatoren uit te stellen. Het verplicht stellen van meer registratie in DIS mag volgens Aon niet leiden tot verzwaring van de administratieve druk in de gezondheidszorg.

7. Kunt u zich vinden in de eisen die worden gesteld aan een database op basis waarvan deze indicatoren kunnen worden berekend?

Ja. Wel moet de privacy van patiënten te allen tijde gegarandeerd zijn.

8. Heeft u een alternatief om tot ontsluiting van deze informatie te komen, zonder publieke inmenging?

Publieke inmenging (door NZa en ZIN) zijn een randvoorwaarde om te komen tot een objectief systeem van kwaliteitsindicatoren. Zonder publieke inmenging is een objectief systeem niet te realiseren.

9. Deelt u bovenstaande analyse van de stappen die gezet moeten worden om de bruikbaarheid van DIS tbv de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren te verbeteren?

Dit valt buiten de expertise van Aon.

10. Moet de NZa naar uw mening investeren in het aanpassen van de bekostigingssystematiek en de registratie in DIS tbv de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren?

Het wordt alleen een succes als er meer gegevens verplicht worden ingevoerd. Maar de bekostigingssystematiek moet er niet complexer door worden. Het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft veel ervaring met het koppelen van gegevens uit verschillende databases. Aon adviseert dan ook te onderzoeken in hoeverre bestaande gegevens gebruikt kunnen worden. Uiteindelijk zorgt een landelijk kwaliteitssysteem voor minder administratieve druk, op voorwaarde dat de huidige criteria van individuele zorgverzekeraars worden losgelaten.

11. Ziet u tijdigheid van de gegevens in DIS als probleem voor de ontwikkeling van de indicatoren? Ook na de verkorting van de maximale doorlooptijd van DBCs? Zo ja, is er een alternatief dat tijdiger beschikbaar komt?

Aon is ervan overtuigd dat gegevens van maximaal 120 dagen oud een actueel beeld bieden. Hierbij is wel een randvoorwaarde dat de gegevens regelmatig geüpdatet moeten worden, bijvoorbeeld eens per maand of maximaal eens per kwartaal.

12. Is de LBZ volgens u een geschikte database om de indicatoren heroperatie en heropname op te berekenen?

Zolang er geen verplichting is om gegevens te registreren in LBZ, is de database niet bruikbaar. Het verplicht stellen van meer velden in deze database leidt tot onnodige overlap met DIS en extra administratieve last bij zorgverleners.

13. Is nader onderzoek nodig om te onderzoeken of de LBZ een volwaardig alternatief kan zijn?

Aon adviseert te streven naar een betrouwbaar DIS. Dat kan eventueel aangevuld worden met gegevens van LBZ, zoals de opname- en ontslagdatum of casemix-parameters.

14. Weegt het verplicht stellen van deze registratie voor u op tegen het doel, namelijk de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren heroperaties en heropnamen?

Als DIS niet voldoet, heeft registratieplicht zin. Maar dat moet wel gepaard gaan met afschaffing van andere systemen, zoals de huidige kwaliteitscriteria van individuele zorgverzekeraars. Uiteindelijk kan dat zelfs leiden tot minder administratieve druk.

15. Levert het koppelen van registraties volgens u meerwaarde op?

Het koppelen van databases kan voorkomen dat er onnodig zaken dubbel worden vastgelegd. Het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft veel ervaring met het koppelen van systemen. Belangrijk daarbij is dat de privacy is geborgd. Aon adviseert daarom het College Bescherming Persoonsgegevens hierbij te betrekken.

16. Welke opties zou u verder onderzocht willen zien?

Er dient onderzocht te worden wat ieder afzonderlijk registratiesysteem bijdraagt aan het gehele systeem. Als er overlap is in gegevens van verschillende systemen, dan moeten die systemen samengevoegd worden om onnodige administratieve en financiële last te voorkomen.

15(2). Voor welke indicaties/aandoeningen zijn medische registraties beschikbaar om heroperatie en heropnamecijfers uit af te leiden. Geef aan of de registratie volledig, nauwkeurig en tijdig is en gebaseerd kan worden op alle opnamen en/of operaties in het indicatiegebied.

Dit valt buiten de expertise van Aon.

16(2). Wat is volgens u de meest geschikte route om de kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen?

De gegevens van DIS, LBZ en Vectis aan elkaar koppelen. Daar is haast bij geboden, omdat de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet waarschijnlijk per 2016 ingaat.

17. Welke opties vallen volgens u af?

Dit valt buiten de expertise van Aon.

18. Is er nog onderzoek nodig en zo ja welk type dan om deze keuze voor de route te onderbouwen?

- i. T.a.v. de bruikbaarheid van de indicatoren als algemene kwaliteitsmaten, zo ja welke?
- ii. T.a.v. de bruikbaarheid van de datasets om indicatoren op te ontwikkelen, zo ja welke?

Dit valt buiten de expertise van Aon.

19. Welke aspecten moeten de NZa en ZiN volgens u meenemen bij de ontwikkeling van deze indicatoren om ze zinvol te laten zijn als keuze en/of inkoop-informatie?

Dit valt buiten de expertise van Aon.

Contactgegevens

Marc (M.J.) van Westerlaak | Consultant
Aon Hewitt | Corporate Wellness

Admiraliteitskade 62 | 3063 ED Rotterdam | The Netherlands
Postbus 518 | 3000 AM Rotterdam | The Netherlands
t: +31 (0) 6 516 35 044
marc.van.westerlaak@aon.nl

www.aon.nl | www.aonhewitt.com

Over Aon

Aon Nederland, toonaangevend adviseur in risicomanagement, employee benefits en verzekeringen, draagt bij aan het realiseren van de ambities van zijn cliënten. In Nederland heeft Aon 9 vestigingen met 1.750 medewerkers.

Het bedrijf maakt deel uit van Aon plc in Londen, Verenigd Koninkrijk. Het wereldwijde Aon-netwerk omvat circa 500 kantoren in meer dan 120 landen en telt ruim 66.000 medewerkers. Hiermee is Aon een van de grotere financiële dienstverleners ter wereld. Aon plc is gespecialiseerd in financiële en verzekeringsdienstverlening en staat genoteerd aan de effectenbeurs van New York (NYSE : AON). Ga naar www.aon.com/manchesterunited om meer te lezen over het partnership met Manchester United.

Onze naam

Aon is het Keltische woord voor 'Eenheid'. Bij Aon gaan we uit van de kracht van het geheel. Als thought leader faciliteren we in kennis. We delen onze kennis met de visie: kijk verder dan vandaag zodat je klaar bent voor de veranderingen van morgen. Dat is de belofte naar onze klanten, collega's en verzekeraars.

Meer informatie: www.aon.nl

Consultatievragen Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren heroperaties en heropnames

Consultatievraag 1

Hoe kijkt u aan tegen het meten en openbaar maken van cijfers over ongeplande heroperaties (in aanvulling op sterftecijfers) als keuze-informatie voor patiënten?

IQ healthcare is een groot voorstander van het openbaar maken van kwaliteitsindicatoren. Bij het publiceren van cijfers over ongeplande heroperaties op basis van het DBC Informatiesysteem (DIS) vinden wij echter dat terughoudend op zijn plaats is.

- Het rapport van het consortium laat ten eerste zien dat er veel voorwaarden verbonden zijn aan het berekenen en publiceren van dergelijke cijfers en dat het DBC Informatiesysteem (DIS) bijna aan geen enkele van deze randvoorwaarden voldoet. Een volledige, tijdige en nauwkeurige berekening lijkt ver weg te zijn. De conclusie dat het DIS in principe geschikt is, is in onze ogen doorspekt van *wishful thinking*. We delen derhalve niet de conclusie dat het DIS in principe geschikt is. Op basis van het rapport komen wij tot de conclusie dat het DIS, gezien de vele onvolkomenheden, in principe ongeschikt is. Met name het ontbreken van de mogelijkheid tot een deugdelijke casemix correctie maakt in onze ogen publicatie van heroperatiecijfers een weg vol met risico's.
- Ten tweede is van heropnames en heroperaties in het algemeen bekend dat de voorspelbaarheid beperkt is. Uit verschillende internationaal onderzoeken blijkt dat de voorspellende modellen een C-statistiek hebben van 0,55 tot 0,65 (Hasan, 2010; Kansagara, 2011; Horwitz, 2012). Dat is beperkt ten opzichte van bijvoorbeeld het Nederlandse HSMR-model dat een hoge C-statistiek heeft van ongeveer 0,9 (Jarman, 2009). Er zijn kennelijk nog veel onbekende factoren die heropnames bepalen en waar ziekenhuizen mogelijk weinig aan kunnen doen. Dit vergt nader onderzoek om de voorspelbaarheid te vergroten door bijvoorbeeld specifieke groepen heropnamen te excluderen.

Consultatievraag 2

Hoe kijkt u aan tegen het meten en openbaar maken van cijfers over ongeplande heropnames als keuze-informatie voor patiënten?

Onze opmerkingen ten aanzien van heroperaties onder 1. gelden ook voor heropnames.

Consultatievraag 3

Is inzicht in cijfers over heroperaties en heropnamen volgens u van belang voor de inkoop van zorg?

Ook voor zorgverzekeraars kan informatie over heropnamen en heroperaties van belang zijn. Maar ook voor hen geldt dat het van cruciaal belang is om de informatie goed te kunnen interpreteren. Bij de huidige stand van het DIS zal dat niet mogelijk zijn.

Consultatievraag 4:

Deelt u deze conclusie ten aanzien van de potentie van de indicatoren? En gaat deze in het algemeen op of zijn er specifieke aandoeningen/interventies waarvoor deze conclusie niet getrokken kan worden?

We delen de mening dat het combineren van informatie over heroperaties met andere indicatoren van belang is. We vinden met name dat 'vermijdbaarheid' een cruciaal aspect is bij de interpretatie van heroperaties. Dit aspect is in onze ogen vooral te bepalen na retrospectief dossieronderzoek, een tijdsintensieve en dure activiteit. Ten aanzien van het criterium 'ongepland' vinden wij overigens het van belang om te vermelden dat de definitie daarvan cruciaal is. Wat wordt onder 'gepland' verstaan? Op welk moment wordt de operatie gepland? Een te opereren complicatie kan bijvoorbeeld wel degelijk gepland zijn. In onze ogen is de stelling dat alleen ongeplande heropnames potentieel suboptimale kwaliteit behelzen niet terecht. Een optie om het aspect 'gepland' helder te krijgen, is dat het ziekenhuis bij ontslag in de registratie aangeeft of een nieuwe opname, al dan niet met een verrichting, gepland is. Dat wordt in nog geen enkele registratie vastgelegd. Deze conclusies gelden in eerste instantie voor alle aandoeningen maar de uitwerking zal per aandoening verschillen.

Consultatievraag 5:

Mist u daarnaast nog indicatoren die volgens u ook op basis van administratieve gegevens kunnen worden afgeleid?

Buitenlands onderzoek van onder ander Aylin en Bottle (2007) in het Verenigd Koninkrijk laat zien dat administratieve databases voor veel kwaliteitsindicatoren geschikt zijn vergelijkbaar met klinische databases. Wij denken dat in Nederland de mogelijkheden nog onvoldoende benut worden. Een belangrijk aspect is dat, wanneer de administratieve databases vaker benut worden voor bijvoorbeeld kwaliteitsindicatoren, het registratiegedrag verbetert, zo heeft de introductie van de HSMR aangetoond. Uiteraard stelt dat wel basale eisen aan de beschikbaarheid en kwaliteit van de data.

Wij denken overigens dat ligduur op zich zelf onvoldoende inzicht geeft in de kwaliteit van zorg omdat daar veel logistieke aspecten in verwerkt zijn. IQ healthcare is intensief betrokken geweest bij de introductie van de indicator voor onverwacht

lange opnameduur die inmiddels door de IGZ al enkele jaren gebruikt wordt in haar toezicht. Wij denken dat deze indicator meer zegt over mogelijke suboptimale kwaliteit dan ligduur op zich zelf. Zie Borghans, 2014.

Consultatievraag 6:

Vindt u het acceptabel dat er concessies worden gedaan aan de volledigheid en betrouwbaarheid van de indicatoren die niet worden gebaseerd op datasets die specifiek zijn ontworpen om kwaliteit te meten?

Wij hebben begrip voor het feit dat er concessies gedaan moeten worden omdat dergelijke concessies in de praktijk vaak overkomelijke gevolgen hebben. We zijn zelf gewend te werken met de LMR/LBZ en weten enerzijds dat deze registratie beperkingen kent maar ook anderzijds dat er zinvolle indicatoren mee berekend kunnen worden.

Wij vinden wel dat het feit dat het DIS op alle vlakken niet aan de meest essentiële randvoorwaarden kan voldoen, zoals casemixcorrectie en vastleggen opnameduur, dat dat vooralsnog een onoverkomelijke belemmering is om het DIS te gebruiken voor berekening van heropname- en heroperatie-informatie.

Consultatievraag 7:

Kunt u zich vinden in de eisen die worden gesteld aan een database op basis waarvan deze indicatoren kunnen worden berekend?

Wij kunnen ons vinden in deze eisen. We willen graag opmerken dat het vooral van groot belang is dat patiënten goed gevolgd kunnen worden tussen de ziekenhuizen. Onderzoek van Haflon (2006) en Nasir (2010) heeft aangetoond dat bijna 20% van de heropnames in een ander ziekenhuis plaatsvond.

Consultatievraag 8:

Heeft u een alternatief om tot ontsluiting van deze informatie te komen, zonder publieke inmenging

Wij denken dat er in eerste instantie meer nadruk zou moeten worden gelegd op het belang van informatie over heropnames en heroperaties voor ziekenhuizen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het is essentiële informatie om complicaties op te sporen. Ziekenhuizen kunnen vervolgens met behulp van dossieronderzoek op zoek gaan naar mogelijke verbeterpunten. Inzicht hierin zou een belangrijke stimulans voor ziekenhuizen moeten zijn om hun registratie op orde te hebben. Druk van het NZA en het ZINI, samen met druk van de IGZ, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties, zal zeker helpen maar motivatie van binnenuit zal de drijvende factor moeten zijn.

Consultatievraag 9:

Deelt u bovenstaande analyse van de stappen die gezet moeten worden om de bruikbaarheid van DIS tbv de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren te verbeteren?

Consultatievraag 10:

Moet de NZa naar u mening investeren in het aanpassen van de bekostigingssystematiek en de registratie in DIS tbv de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren?

In onze ogen is het stappenplan ter verbetering van de DIS te ambitieus. De praktijk leert dat het jaren duurt voordat een registratie de benodigde stappen heeft geïmplementeerd. Het betekent veel werk voor de ziekenhuizen die momenteel al een zware registratielast dragen. Het DIS is in essentie een registratie van financiële gegevens en niet van kwaliteitsgegevens. Het lijkt verstandiger om het berekenen van de heropnames en heroperatieinformatie over te laten aan DHD die op basis van de LBZ meer mogelijkheden heeft. Het zou wel buitengewoon interessant zijn om te onderzoeken wat de toegevoegde waarde is van een koppeling tussen het DIS en de LBZ. IQ healthcare wil daar graag aan meewerken.

Consultatievraag 11:

Ziet u tijdigheid van de gegevens in DIS als probleem voor de ontwikkeling van de indicatoren? Ook na de verkorting van de maximale doorlooptijd van DBCs? Zo ja, is er een alternatief dat tijdiger beschikbaar komt?

In de praktijk van het buitenland zijn heropnamecijfers vaak enigszins gedateerd terwijl ze toch zinvolle informatie genereren voor ziekenhuizen om verbeteractiviteiten op te baseren. Vertraging is derhalve niet noodzakelijkerwijs een probleem. Ons inziens moet die vertraging wel beperkt blijven tot bij voorkeur maximaal enkele maanden. Dat zal echter voor de meeste administratieve databases een probleem zijn. Overigens vinden wij dat andere belemmeringen zoals het ontbreken van een deugdelijke casemixcorrectie van groter belang zijn.

Consultatievraag 12:

Is de LBZ volgens u een geschikte database om de indicatoren heroperatie en heropname op te berekenen?

Consultatievraag 13:

Is nader onderzoek nodig om te onderzoeken of de LBZ een volwaardig alternatief kan zijn?

Zoals eerder geformuleerd lijkt ons de LBZ op dit moment de meest voor de hand liggende registratie om informatie over heropnames en heroperaties te berekenen. Deze registratie kent overigens nog enkele belangrijke verbeterpunten in de praktijk waaronder het goed registreren van verrichtingen en het BSN om de patiënten te volgen, de belangrijkste zijn.

Consultatievraag 14:

Weegt het verplicht stellen van deze registratie voor u op tegen het doel, namelijk de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren heroperaties en heropnamen?

Het verplicht stellen van een dergelijke registratie lijkt ons logisch aangezien het een bron is van onontbeerlijke bedrijfsinformatie over kwaliteit van zorg. Ziekenhuizen die de minimale dataset van een dergelijke database niet registreren hebben de verschillende partijen zoals de IGZ maar niet in het minst hun patiënten, iets uit te leggen.

Consultatievraag 15:

Levert het koppelen van registraties volgens u meerwaarde op?

Het koppelen van databases levert vermoedelijk meerwaarde op maar kent ook zijn uitdagingen. Zoals eerder gezegd zetten wij graag onze kennis en ervaring hiermee in. De aanvullende eigenschappen van de verschillende databases creëren vermoedelijk meerwaarde.

Consultatievraag 16:

Welke opties zou u verder onderzocht willen zien?

Wij denken dat koppeling van het DIS met enerzijds de LBZ en anderzijds de GBA de meest voor de hand liggende koppelingen zijn waarmee interessante informatie gecreëerd kan worden.

Consultatievraag 15 (tweede keer):

Voor welke indicaties/aandoeningen zijn medische registraties beschikbaar om heroperatie en heropnamecijfers uit af te leiden. Geef aan of de registratie volledig, nauwkeurig en tijdig is en gebaseerd kan worden op alle opnamen en/of operaties in het indicatiegebied.

In onze ogen kan deze vraag het best door de eigenaren van de betreffende registraties beantwoord worden.

Consultatievraag 16 (tweede keer):

Wat is volgens u de meest geschikte route om de kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen?

Consultatievraag 17:

Welke opties vallen volgens u af?

Consultatievraag 18:

Is er nog onderzoek nodig en zo ja welk type dan om deze keuze voor de route te onderbouwen?

i. T.a.v. de bruikbaarheid van de indicatoren als algemene kwaliteitsmaten, zo ja welke?

ii. T.a.v. de bruikbaarheid van de datasets om indicatoren op te ontwikkelen, zo ja

welke?

Consultatievraag 19:

Welke aspecten moeten de NZa en ZiN volgens u meenemen bij de ontwikkeling van deze indicatoren om ze zinvol te laten zijn als keuze-en/of inkoop-informatie?

In onze ogen kan deze vraag het best door de wetenschappelijke verenigingen en de koepels van professionals en zorgaanbieders beantwoord worden. Het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren bottom-up lijkt ons in deze fase van indicatorenoverdaad een goede manier om de doelmatigheid te borgen. IQ healthcare begeleidt deze trajecten graag om het wetenschappelijke gehalte te borgen.

Het lijkt ons in ieder geval onverstandig momenteel te investeren in een nieuw op te zetten kwaliteitsregistratie. Dit is een majeure operatie die momenteel geen brede steun zal krijgen. Het is in onze ogen verstandiger investeren in de registraties die er zijn en daarvan de kwaliteit stapsgewijs te verbeteren door enerzijds toenemende publieke druk van buitenaf en anderzijds inhoudelijke bijdrage van zorgaanbieders en zorgverleners.

Literatuur

- Aylin P, Bottle A, Majeed A. Use of administrative data or clinical databases as predictors of risk of death in hospital: comparison of models. *BMJ*. May 19, 2007; 334(7602): 1044.
- Borghans I, Hekker KD, den Ouden L, et al. Unexpectedly long hospital stays as an indicator of risk of unsafe care: an exploratory study. *BMJ Open* 2014;4:e004773. doi:10.1136/bmjopen-2013-004773
- Halfon P, Egli Y, Pretre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Medical care*. 2006;44(11):972-81.
- Hasan O, Meltzer DO, Shaykevich SA, Bell CM, Kaboli PJ, Auerbach AD, et al. Hospital readmission in general medicine patients: a prediction model. *Journal of general internal medicine*. 2010;25(3):211-9.
- Horwitz L, Partovian C, Lin Z, Herrin J, Grady J, Conover M, et al. Hospital-Wide All-Cause Unplanned Readmission Measure. Final Technical Report. Yale New Haven Health Services Corporation/Center for Outcomes Research & Evaluation (YNHHSC/CORE);, 2012.
- Jarman B, Pieter D, van der Veen A, et al. The hospital standardised mortality ratio: a powerful tool for Dutch hospitals to assess their quality of care? *Qual Saf Health Care* 2010;19:9–13.
- Kansagara D, Englander H, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freeman M, et al. Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2011;306(15):1688-98.
- Nasir K, Lin Z, Bueno H, Normand SL, Drye EE, Keenan PS, et al. Is same-hospital readmission rate a good surrogate for all-hospital readmission rate? *Medical care*. 2010;48(5):477-81.

Inbreng iBMG ten behoeve van consultatiebijeenkomst

Consultatievragen NZa en ZiN over gebruik van heropname en heroperatie als indicatoren voor kwaliteit en over het publiceren daarvan ten behoeve van zorginkoop en keuze door patiënten.

Volgens het rapport van Kringos et al zijn er grote bezwaren tegen het gebruik van heropnames uit de DIS voor vergelijkende kwaliteitsinformatie (Kringos et al., 2014).

1. Algemene consultatievraag: Hoe kijkt u aan tegen het meten en openbaar maken van cijfers over ongeplande heroperaties (in aanvulling op sterftcijfers) als keuze-informatie voor patiënten?

Dit is problematisch; enerzijds vanwege de beperkte validiteit en betrouwbaarheid van de data, anderzijds omdat deze gegevens moeten worden geïnterpreteerd in het licht van allerlei aanvullende indicatoren en contexten. We weten uit de literatuur dat bijvoorbeeld het aantal heropnames in de VS relatief hoog is, maar dat dit mede wordt veroorzaakt door een lage ligduur (en mogelijk door het lage kwaliteitsniveau van de eerstelijns zorg); interpretatie van het ene cijfer zonder het andere is niet goed mogelijk. Daar komt bij dat voor verschillende aandoeningen specifieke aanvullende informatie nodig kan zijn; i.e. bij mammacarcinoom kan het dan gaan om het percentage borstbesparende operaties (waar de kans op heroperatie groter kan zijn). Het is zeer de vraag of individuele patiënten deze complexe interpretaties kunnen maken. Dit wil overigens niet zeggen dat patiënten geen gesprekspartner kunnen zijn bij de interpretatie van deze gegevens en bij het beoordelen van mogelijke verbeterplannen; goed geoutilleerde cliëntenraden zouden hier bijvoorbeeld een rol in kunnen spelen.

2. Algemene consultatievraag: Hoe kijkt u aan tegen het meten en openbaar maken van cijfers over ongeplande heropnamen als keuze-informatie voor patiënten?

Idem bij 1.

3. Algemene consultatievraag: Is inzicht in cijfers over heroperaties en heropnamen volgens u van belang voor de inkoop van zorg?

Van verzekeraars kan worden verwacht dat zij beter in staat zijn om de betreffende gegevens te interpreteren in het licht van andere indicatoren en context-informatie en op basis daarvan in gesprek te gaan met ziekenhuizen over evt. maatregelen om het aantal heropnames te reduceren. Er dient wel voor te worden gewaakt dat heropnames en heroperaties worden gebruikt als summatieve informatie, omdat de betrouwbaarheid en validiteit daarvoor te laag is.

4. Consultatievraag 4: Deelt u deze conclusie [dat data over ongeplande heroperaties en heropnamen een robuustere maat zijn dan sterftcijfers alleen] ten aanzien van de potentie van de indicatoren? En gaat deze in het algemeen op of zijn er specifieke aandoeningen/interventies waarvoor deze conclusie niet getrokken kan worden?

Additionele informatie zal zeker bij kunnen dragen aan een robuuster beeld van de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. Uitgangspunt blijft dat voor alle kwaliteitsinformatie interpretatie-slagen nodig zijn en dat geen enkele indicator in zichzelf voldoende informatie geeft om keuze of inkoop op te baseren. Daar speelt in mee de (gebrekkige) betrouwbaarheid en validiteit van data (statistische, maar ook vanwege bijvoorbeeld codeerproblemen), alsmede het risico op perverse effecten wanneer op slechts enkele indicatoren wordt gestuurd.

5. Consultatievraag 5: Mist u daarnaast nog indicatoren die volgens u ook op basis van administratieve gegevens kunnen worden afgeleid?

Zoals eerder genoemd lijkt in ieder geval ligduur een belangrijke mediërende variabele; in het Dr. Fosters systeem wordt daarom ook bijvoorbeeld naast de HSMR gekeken naar heroperaties/heropnames en ligduur om tot een geïntegreerd oordeel te kunnen komen. Daarnaast is voor specifieke aandoeningen aandoeningsspecifieke informatie nodig (zie voorbeeld mammacarcinoom) en mogelijk kan ook de kwaliteit van de thuiszorg/eerste lijns zorg een belangrijke contextvariabele zijn. Probleem is dat we nog onvoldoende weten over de oorzaken van heropnames/heroperaties om op basis van die informatie alleen tot een oordeel te kunnen komen over de kwaliteit van zorg.

6. Consultatievraag 6: Vindt u het acceptabel dat er concessies worden gedaan aan de volledigheid en betrouwbaarheid van de indicatoren die niet worden gebaseerd op datasets die specifiek zijn ontworpen om kwaliteit te meten?

Dit is sterk afhankelijk van de wijze waarop de data worden gebruikt. Als gegevens over heropnames en heroperaties worden gebruikt als summatieve informatie, dan is het zeer problematisch als er concessies worden gedaan aan validiteit en betrouwbaarheid—ziekenhuizen worden dan immers op onterechte gronden 'afgerekend' op de uitkomsten van de vergelijking. Indien de betreffende data op een formatieve manier wordt gebruikt, samen met andere (al dan niet aandoeningsspecifieke) data en gegevens over de context van de zorg, en indien door interne en externe partijen tesamen een proces door wordt gegaan om betekenis te geven aan de betreffende data en van daaruit tot verbeteringen van de zorg te komen, dan is het gebrek aan validiteit en betrouwbaarheid een veel minder groot probleem. Het is daarom ook noodzakelijk om, naast discussies over de validiteit en betrouwbaarheid van data, te kijken naar de wijze waarop de vergelijkende kwaliteitsinformatie kan worden gebruikt, wie daarin een rol kan spelen en welke verantwoordelijkheden partijen daarin kunnen hebben.

7. Consultatievraag 7: Kunt u zich vinden in de eisen die worden gesteld aan een database op basis waarvan deze indicatoren kunnen worden berekend? [het gaat dan onder andere om landelijke data omdat patiënten elders een heropname kunnen krijgen dan op de oorspronkelijke locatie]

Het rapport geeft hier een goed beeld van, zij het dat aanvullende informatie over contextgegevens nodig blijft om tot een goede interpretatie van de gegevens te komen.

8. Consultatievraag 8: Heeft u een alternatief om tot ontsluiting van deze informatie te komen, zonder publieke inmenging?

Ook nu al worden gegevens over heropnames en heroperaties door (sommige) ziekenhuizen gebruikt in het kwaliteitsbeleid. Een alternatief model voor de 'quality assurance' is dan ook dat ziekenhuizen verplicht worden om deze data te gebruiken voor het kwaliteitsbeleid, hierover in gesprek te gaan met relevante externe partijen (patiëntenvertegenwoordigers, verzekeraars, inspectie, naast mogelijk andere lokale partijen), zonder dat de data ook publiek wordt gemaakt.

9. Consultatievraag 9: Deelt u bovenstaande analyse van de stappen die gezet moeten worden om de bruikbaarheid van DIS tbv de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren te verbeteren?

Het rapport van Kringos et al. geeft een goed beeld van de stappen die gezet moeten worden om de kwaliteit van de registraties te verbeteren. De vraag is wel of al deze maatregelen tesamen wel mogelijk zijn zonder al te duur te worden, en of een optimale registratie echt kan worden ontwikkeld.

10. Consultatievraag 10: Moet de NZa naar u mening investeren in het aanpassen van de bekostigingssystematiek en de registratie in DIS tbv de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren?

Op dit moment zijn wellicht twee initiatieven te nemen: 1. Experimenteren met het gebruik van de data zodat inzichtelijker wordt wat de beperkingen zijn en van daaruit komen met verbetervoorstellen, 2. Nadenken over de procedure op basis waarvan de gegevens ingebed kunnen worden in een bestuurlijk proces zodat geborgd kan worden dat het gebruik van de gegevens ook daadwerkelijk bij kan gaan dragen aan verbetering van de kwaliteit van zorg. Deze initiatieven zouden gelijk kunnen oplopen en uitgevoerd kunnen worden door een aantal pilot-ziekenhuizen onder begeleiding van het consortium, aangevuld met bestuurlijke expertise.

11. Consultatievraag 11: Ziet u tijdigheid van de gegevens in DIS als probleem voor de ontwikkeling van de indicatoren? [NB. Gegevens lopen altijd een jaar achter] Ook na de verkorting van de maximale doorlooptijd van DBCs? Zo ja, is er een alternatief dat tijdiger beschikbaar komt?

Zie het antwoord op vraag 6. Tijdigheid van de informatie zal in elk systeem een probleem blijven, maar kan verzacht worden door het systeem waarin de data worden gebruikt.

12. Consultatievraag 12: Is de LBZ volgens u een geschikte database om de indicatoren heroperatie en heropname op te berekenen? [NB. Ten opzichte van DIS]

Het voordeel van de LBZ is dat deze ook wordt gebruikt voor de HSMR en dat de meeste ziekenhuizen er al langer ervaring mee hebben; de DIS bevat veel relevante data en kan mogelijk ook verder gekoppeld worden met andere bestanden (zie rapport Kringos) maar heeft wel ook als nadeel dat het primair wordt gebruikt voor financiële gegevens, waardoor vertekening kan optreden. Voor elke database zal echter gelden dat de voor- en nadelen tegen elkaar afgewogen moeten worden.

13. Consultatievraag 13: Is nader onderzoek nodig om te onderzoeken of de LBZ een volwaardig alternatief kan zijn?

Ja. Dat kan evt in het onder 10 genoemde experiment.

14. Consultatievraag 14: Weegt het verplicht stellen van deze registratie [de LBZ] voor u op tegen het doel, namelijk de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren heroperaties en heropnamen?

?? eerste hunch: de paar ziekenhuizen die het nog niet doen hebben door het verplicht stellen van de HSMR al een sterke incentive om de LBZ bij te gaan houden; tegelijkertijd zijn er mogelijke alternatieven die die ziekenhuizen gebruiken die vergelijkbare data opleveren (Erasmus Mc?), dus die zouden ook gebruikt kunnen worden.

15. Consultatievraag 15: Levert het koppelen van registraties volgens u meerwaarde op?

Vast wel...

16. Consultatievraag 16: Welke opties zou u verder onderzocht willen zien?

??

17. Consultatievraag 17: Voor welke indicaties/aandoeningen zijn medische registraties beschikbaar om heroperatie en heropnamecijfers uit af te leiden. Geef aan of de registratie volledig, nauwkeurig en tijdig is en gebaseerd kan worden op alle opnamen en/of operaties in het indicatiegebied.

Er zijn inmiddels ruim 130 medische registraties, die echter allen sterk wisselen in kwaliteit, uitgebreidheid van data en bereik van ziekenhuizen. Sommigen

hebben inmiddels (vrijwel) landelijke dekking. De vraag kan beter door de registraties zelf worden beantwoord.

18. Consultatievraag 18: Wat is volgens u de meest geschikte route om de kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen?

Het Kwaliteitsinstituut kan hier een rol in spelen, in overleg met veldpartijen.

19. Consultatievraag 19: Welke opties vallen volgens u af?

??

20. Consultatievraag 20: Is er nog onderzoek nodig en zo ja welk type dan om deze keuze voor de route te onderbouwen?

a. i. T.a.v. de bruikbaarheid van de indicatoren als algemene kwaliteitsmaten, zo ja welke?

Het lijkt zeer onwaarschijnlijk dat er ook op termijn 1 database kan komen op basis waarvan perfecte vergelijkbaarheid mogelijk is. Het lijkt daarom zinnvoller om te investeren in incrementele verbetering van bestaande databases en koppeling van gegevens alsmede in het ontwikkelen van bestuurlijke modellen waarbinnen de vergelijkende kwaliteitsdata kan worden gebruikt. In dergelijke experimentele conditie kan ook worden gekeken naar welke databronnen evt nog verder kunnen worden ontwikkeld.

b. ii. T.a.v. de bruikbaarheid van de datasets om indicatoren op te ontwikkelen, zo ja welke?

Idem.

21. Consultatievraag 21: Welke aspecten moeten de NZa en ZiN volgens u meenemen bij de ontwikkeling van deze indicatoren om ze zinvol te laten zijn als keuze en/of inkoop-informatie?

- administratieve lasten: als er indicatoren en registraties bij komen zouden er ook moeten verdwijnen. Hiervoor is overleg en coördinatie tussen alle 'uitvragers' nodig
- let op de verschillende informatiebehoefte van partijen; inzet vanuit ZiN en NZa zou wellicht vooral kunnen liggen op voor patiënten relevante informatie (waarbij aanbieders aanvullende informatie kunnen verzamelen)
- werk aan (nieuwe) bestuurlijke modellen waarin kwaliteitsinformatie op een zinvolle wijze kan worden ingebed.

literatuur

Kringos, D. S., Fischer, C., Lingsma, H. F., Marang-van de Mheen, P. J., Kievit, J., Steyerberg, E. W., & Klazinga, N. S. (2014). Onderzoek naar de

bruikbaarheid van informatie over heroperaties en heropnames uit het
DBC Informatiesysteem (DIS) voor het genereren van
kwaliteitsindicatoren Amsterdam: LUMC, AMC, Erasmus Mc.

kwaliteitsindicatoren heroperaties en heropnamen

Heleen Post
Teammanager Kwaliteit van zorg

Transparantie..?

.. Als extra prikkel kwaliteitsverbetering
meer ogen, meer vragen, meer verbetering

.. Om te leren van elkaar
(wat) doen koplopers anders?

.. Uit principe
if about us, not without us

Kwaliteitsinformatie

Vs.

Keuzeinformatie

Kwaliteits- informatie

- Inzicht
- Verbetering
- Leren
- Signaleren

Sterftecijfers

Hoeveel patiënten overlijden er jaarlijks in een ziekenhuis? Het lijkt een eenvoudige vraag. Maar door simpelweg een telling bij te houden, kun je de sterftecijfers van ziekenhuizen niet met elkaar vergelijken. Het ene ziekenhuis is bijvoorbeeld veel groter dan het andere. En in ziekenhuis A worden met name orthopedische operaties uitgevoerd terwijl in ziekenhuis B veel mensen voor kanker behandeld worden.

Daarom is er een maat ontwikkeld waarin dat soort factoren voor alle ziekenhuizen gelijkgetrokken zijn. Dat is de Hospital Standardised Mortality Rate, de HSMR. Letterlijk vertaald: het per ziekenhuis met één maat gemeten sterftecijfer.

De HSMR geeft de verhouding weer tussen het werkelijk aantal overleden patiënten in een ziekenhuis ten opzichte van het verwachte aantal te overlijden patiënten in een ziekenhuis. Een score boven de 100 betekent dat er meer patiënten overlijden dan verwacht, een score lager dan 100 betekent dat er minder patiënten overlijden dan verwacht. Bij het berekenen van het verwachte aantal te overlijden patiënten, wordt rekening gehouden met het profiel van patiënten: de aardoening, leeftijd en conditie van patiënten speelt een rol in de kans op overleving.

Naast de HSMR worden ook specifieke Standard Mortality Ratio's (SMR) berekend. De SMR geeft net als de HSMR aan hoe hoog de sterfte in een ziekenhuis is vergeleken met het landelijk gemiddelde, maar dan per ziekenhuisafdeling. Of iets preciezer: voor specifieke groepen patiënten. De SMR is zijn betrekking tot vijf patiëntgroepen. Het sterftecijfer voor het hele ziekenhuis, de HSMR dus, is opgebouwd uit die vijf SMR's.

Het sterftecijfer geeft inzicht in een onderdeel van de totale kwaliteit van een ziekenhuis. Maar op basis van dit sterftecijfer kun je niet zeggen dat het ene ziekenhuis beter is dan het andere. Dat komt omdat:

- het sterftecijfer niet voldoende is gecorrigeerd voor de ziekte-toestand van de patiënten op het moment dat ze werden opgenomen in het ziekenhuis
- Het ontslagbeleid van ziekenhuizen verschillend is. En het kan bepalend zijn voor de sterfte in het ziekenhuis als er bijvoorbeeld een hospice in de buurt is.
- De SMR's zijn niet betrouwbaar omdat de aantallen patiënten per groepen te klein zijn.

Meer informatie

- Sterftecijfers ziekenhuizen: wat kan je ermee?
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

HSMR scores over 2012

Omschrijving	Aantal opnamen	Werkelijke sterfte	Verwachte sterfte	HSMR
HSMR	5.635	268	256	105

Bekijk de sterftecijfers van alle ziekenhuizen

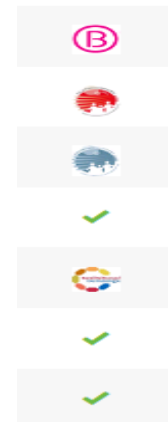
SMR scores over 2010-2012

Diagnosegroep	Aantal opnamen	Werkelijke sterfte	Verwachte sterfte	SMR
Sepsis (behalve tijdens bevalling)	134	35	34	104
Slokdarmkanker	43	4	3	150
Maagkanker	123	4	5	84

Keuze- informatie

- Onderscheidend
- Begrijpelijk
- Betrouwbaar
- Relevant

Start keuzehulp



Kies uw ziekenhuis > Invoer

Vorige pagina

Monitor Borstkankerczorg: goede informatie helpt

1 Vul uw postcode in:

2 Selecteer maximaal 3 criteria waarop u de ziekenhuizen met elkaar wilt vergelijken:

Mijn uitlag en behandelplan worden door alle betrokken artsen met elkaar besproken.

Tijdens de operatie kan direct een bronreconstructie worden uitgevoerd

Ik kreeg informatie over mijn aanspreekpunt(en) en hoe deze te bereiken

Het ziekenhuis vraagt elke patiënt naar de ervaringen over de zorg (landelijk patiëntervaring onderzoek van BIN)

Ik heb een vast aanspreekpunt (verpleegkundige)

Er is structureel aandacht voor psychosociale zorg

Er is een telefoonnummer voor spoedvragen

De plastisch chirurg is lid van het mamteam (overleg)

Aantal patiënten dat het ziekenhuis afgelopen jaar behandelde

Uitlag onderzoeken binnen 10 dagen

3 Toon ziekenhuizen

Pink Ribbon

Wat ons opvalt

Er lijkt soms veel energie te gaan zitten in het 'onbruikbaar' / 'problematisch' verklaren van indicatoren:

- Wachttijden kunnen zowel prospectief als retrospectief niet betrouwbaar worden geregistreerd (argumenten als wenswachtenden, gebrek coderingen, registratielast etc.)
- Structuurindicatoren zijn veel te indirect
- Procesindicatoren zeggen de patiënt niets en worden sociaal wenselijk ingevuld
- Praktijkvariatie wordt niet betrouwbaar gemeten en kan onvoldoende worden geduid
- Etc. etc.

Er lijkt minder energie uit te gaan naar het optimaliseren van indicatoren (en de registratie ervan) of het vinden van goede vervangers

Waar we op moeten letten

Indicatoren zijn indicatoren

Geen kant- en klaar finaal oordeel over functioneren..



Transparantie vraagt..

Vertrouwen

- **Geen acute financiële consequenties bij afwijking t.o.v. top**
- **Geen sensatiegerichte duiding publiek**

Randvoorwaarden

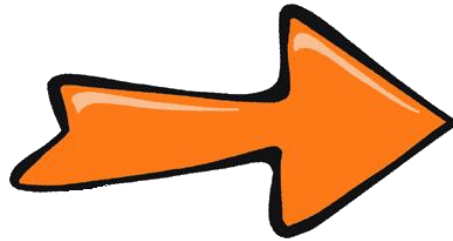
- **Waar wenselijk: getrapte transparantie**
- **Gezamenlijke duiding gegevens**
- **Nadruk gezamenlijke doelstelling kwaliteitsverbetering**

Hoe zien we onze rol?

- **Zorgvuldige duiding richting patiënt**
- **Meedenken over verbetermogelijkheden**

Tot Slot

Waarom



**Waarom niet
&
Hoe beter**